Rok XLIV. Kraków 21 Października 1905. Nr. 42

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z oddziału chorób skórnych i wenerycznych szpitala św. Łazarza (Prym. Dr. Borzęcki).

Przypadek licznych mięśniaków skóry *(myomata cutis multiplicia)*.

Podał

Dr. Franciszek Krzyształowicz

prywatny docent dermatologii w Uniw. Jagiell.

W skórze spostrzegamy podobnie, jak w innych narządach ustroju, różne nowotwory: złośliwe i łagodne. Pierwsze mają mniej swoistych znamion, związanych z budową narządu (skóry), — drugie zaś mają ich znacznie więcej, a jedne i drugie odznaczają się w wielu razach sposobem powstawania i są z punktu patologii bardzo zajmujące. Przedewszystkiem łagodność nowotworów drugiego rodzaju nie jest bardzo ścisła, co odnosi się w szczególności do dużej grupy znamion (*naevi*). Inne z nich, włączone do ogólnej grupy nowotworów, nie odpowiadają całkiem ściśle temu pojęciu, jak: bliznowce prawdziwe (*keloid*), żółte kępki (*xanthoma*) różnego rodzaju, kłykciny kończyste (*condylomata accuminata*), mięczaki zakaźne (*mollusca contagiosa*). A w końcu spotyka się grupę nowotworów, tak złośliwych, jak łagodnych, o pewnym typie klinicznym, dla skóry znamiennym. Do tych należy przedewszystkiem typ skóry pergaminowej barwikowej (*xeroderma pigmentosum Kaposi*) z nowotworami różnego rodzaju (raki skórne, mięsaki, włókniaki, naczyniaki, śluzaki) i typ: mnogie nerwowłókniaki (*neurofibroma cutis multiplex*), łączące się nierzadko z objawami jakiejś zmiany ośrodków nerwowych.

Te dwa ostatnie typy chorobowe mają wiele cech wspólnych. Przedewszystkiem obie sprawy rozpoczynają się w pierwszych latach życia pojawieniem się plam barwy żółtawej aż do ciemnobrunatnej, rozrzuconych zazwyczaj na całej powierzchni skóry nieregularnie i w rozmaitej ilości. W typie nerwowłókniaków w różnym okresie życia, najczęściej w okresie dojrzewania, zaczynają wzrastać dotąd prawie niewidoczne guzki w skórze, dochodzące niejednokrotnie do bardzo dużych rozmiarów. Obok tego pojawiają się zawsze tu i owdzie w skórze drobne naczyniaki.

W typie skóry pergaminowej u osobnika ze zmianami barwikowemi, jak powyżej opisałem, występują na miejscach odsłoniętych zapalenia skóry, doprowadzające do zaniku lub przerosłych blizn, — a w tym okresie zazwyczaj rozwijają się już ogniska nowotworowe rozmaitego rodzaju. Obie te sprawy chorobowe dotyczą wieku młodego i nierzadko kilku członków rodziny tak, że w całym przebiegu robią wrażenie zboczeń, które osobnik przynosi ze sobą na świat.

Jeżeli do tych dwóch typów dołączymy ogromną grupę znamion (*naevi*) i gruczolaki łojowe (*adenoma sebaceum*), — które występują u osobników, upośledzonych nerwowo i psychicznie, — dojść musimy do przekonania, że większość nowotworów, pojawiających się w skórze, należy do typu nowotworów wrodzonych.

W skórze istnieją jednak i nowotwory o jeszcze mniej znanej przyczynie, złożone z włókien mięsnych gładkich, które Virchow nazwał *myoma laevicellulare*, Zenker *leiomyoma*, — o których pojawianiu się w skórze wspomina pierwszy Verneuil (1858). Besnier rozdziela je na dwie oddzielne grupy: jedne, pojawiające się w samej skórze, jako pochodzące z mięśni w niej istniejących: mięśni naczyń czy gruczołów, — i nazywa je *myômes simples*, *dermatomyômes proprement dites*. — drugie, rozwijające się z mięśni głębszych, bezpośrednio pod skórą leżących, t. zw. *myomes dartoïques*. Te drugie, pojawiające się w okolicy sutków, moszny, warg sromnych i w napletku są zazwyczaj duże i pojedyncze, rzadko liczniejsze. Ze względu na te znamiona odłączać trzeba te dwa typy od siebie i drugie uważać za należące raczej do zakresu chirurgii, niż dermatologii. Pierwszy typ zaś budzi wiele zajęcia u dermatologów ze względu na rzadkość pojawiania się i przebieg choroby.

Taki to przypadek miałem sposobność spostrzegać w szpitalu św. Łazarza na oddziale chorób skórnych i wenerycznych. Prymaryuszowi oddziału P. Dr. Borzęckiemu składam podziękowanie za łaskawe odstąpienie mi tego przypadku do opracowania.

Magdalena Z., lat 19 licząca, nie wie dokładnie, kiedy choroba się zaczęła, twierdzi jednak, że choroba trwa przynajmniej od lat dziesięciu, a od roku zauważyła powiększenie się guzków.

Przy zgłoszeniu się chorej do szpitala znajdowało się kilka guzków na brzegu skrzydełka nosowego prawego, na przegrodzie skórnej i na brzegu wargi górnej (Fig. 1). Guzki były różnej wielkości, od wielkości prosa do wielkości fasoli (na wardze) dochodzące. Barwa wahała się między żółtawo-różową, a sinawą; w pokrywającej je skórze naczynia były rozszerzone. — kształt ich zaś był zazwyczaj owalny. Przy dotyku wyczuwało się prawie chrząstkowatą twardość przy napiętej, połyskującej skórze. Chora nie doznawała żadnych bólów, a nie wywoływało się ich także dotykiem.

Dla badania histologicznego usunięto zaraz z początku dwa guzki ze skrzydełka, — później wycięto i resztę guzków w celach leczniczych. Wycięcia dokonano rzeczywiście dla celów rozpoznawczych, gdyż rozpoznanie wahało się między mięśniakami *(myoma)*, a gruczolakami łojowymi *(adenoma sebaceum)* Wszystkie bowiem znamiona kliniczne, — kształt i wejrzenie guzków, ich zbitość, przebieg tej sprawy chorobowej, pojawiające się bardzo często bóle przy ucisku i samoistnie napadowo — nie pozwalają na pewne rozpoznanie; dopiero badanie histologiczne guzków rozstrzyga, jak to słusznie zauważa Joseph, na pewno, z jaką sprawą chorobową mamy do czynienia.

Oglądany gołem okiem miał nowotwór w niniejszym przypadku po wycięciu postać guzka kulistego, z kilku drobniejszych złożonego, na przecięciu barwy szarawej, zbitszego, niż tkanka otaczająca. Nie-

które guzki mniejsze, składające cały nowotwór, odcinały się tak wyraźnie od otoczenia, jak gdyby łatwo wyłuszczyć się dały, w innych granica ta była mniej ścisła.

Wycięte guzki składały się przeważnie z mniejszej lub większej liczby drobniejszych, pooddzielanych od siebie i od otoczenia tkanką łączną; między guzami tkanka ta była dość luźna, złożona z drobnych włókien, w otoczeniu guzków zaś tworzyła wiązki zbitsze, stanowiące niejako otoczkę, w niektórych miejscach wyraźną. Z otoczenia wchodziły także drobne włókna w sam guz, rozdzielając go na pojedyncze wiązki, złożone jedynie tylko z komórek mięsnych gładkich. Nowotwory



Fig. 1.

zajmowały całą grubość skóry właściwej i sięgały zazwyczaj od warstwy brodawkowatej aż do tkanki podskórnej, która w skórze nosa jest bardzo wązka i skąpa. Przeważna część guzków stykała się dolną powierzchnią z gruczołami łojowymi, które wskutek tego, że guzki pochodziły ze skóry nosa były bardzo duże i skupione po kilka razem. Niektóre guzki sięgały aż do wiązek mięśni prążkowanych, pod nimi leżących. Guzki zachowywały się różnie także w stosunku do warstwy brodawkowatej: jedne sięgały tak wysoko, że guzek oddzielało od naskórka tylko bardzo wązkie pasmo tkanki klejorodnej. Naskórek zaś nie przedstawiał smug, jak w stanie prawidłowym, lecz dolna jego granica była prostolinijna. W innych miejscach warstwa brodawkowata była zupełnie dobrze utrzymana, a smugi naskórka albo były prawidłowe co do wielkości i kierunku wzrostu, albo ukośne, jakby mechanicznie przy wzroście zwrócone w kierunku mniejszego oporu (Fig. 2).

Pojedyncze guzki, tworzące jakby zraziki dużego guzka, były złożone, jak wspomniałem, z komórek mięsnych gładkich, ułożonych we wiązki, które przebiegały w różnych kierunkach. To też na przekrojach poprzecznych widać smugi, przebiegające różnie i różne ich przekroje: podłużne, skośne i poprzeczne. Wśród wiązek, oraz między niemi spostrzega się drobne włókna tkanki klejorodnej, wchodzące z przestworów między drobnymi guzkami, których kształt na przekroju bywa różny. Jedne są duże, prawie dokładnie okrągłe lub owalne inne wydłużają się w smugę wstążkowatą, wreszcie inne, szczególnie na obwodzie leżące, tworzą pasmo, przypominające kształtem powiększony mięsień przywłośny (*arrector pili*), chociaż nie widziałem nigdy wyraźnego związku z torebką włosową. Mięśni przywłośnych w otoczeniu również nie spotykałem w skrawkach, co tłómaczę tem, że guzki wycięto ze skóry skrzydełek nosowych, gdzie włosy są drobne i gdzie w stanie prawidłowym mięśni tych zazwyczaj brak.

Wśród guzków uderza ubóstwo naczyń, gdyż wśród wiązek spotyka się zaledwo tu i owdzie przecięte drobne naczynie. A następnie wprost dziwnym jest brak włókien elastycznych, które w stanie prawidłowym są tak liczne przy obu nasadach mięśnia, tak w pobliżu torebek, jak w warstwie brodawkowatej. Niektórzy autorowie, jak Besnier, Arnozan i Vaillard, Jadassohn, Audry, Łukasiewicz, Marschalko, Roberts, wspominają o obecności tych włókien nawet w dużej ilości. W naszym przypadku spostrzega się włókna tylko w otoczeniu guzka w skórze, podczas gdy nie ma ich wcale wzdłuż luźnych włókien tkanki klejorodnej wśród samego guzka.

Bardzo ważne znaczenie w tych przypadkach musi mieć zachowanie się torebek włosowych i ich stosunek do guzka lub jego pojedynczych części. W jednych guzkach spostrzega się torebkę wśród nich, oddzieloną ściśle od otoczenia odcinającemi się wiązkami nowotworo-



Fig. 2.

wemi, składającemi całość guzka. Inne torebki widać w bezpośredniem sąsiedztwie guzka, czasem oddzielone tylko paroma włóknami tkanki łącznej; stosunek ten jednak może być i inny: jakgdyby guz rozrastający się działał mechanicznie na ułożenie torebki, gdyż zakrzywia się ona zaraz pod linią naskórka i leży poziomo, równolegle do powierzchni skóry, a na górnej powierzchni guzka między nim a naskórkiem. Dalszy ciąg takiej torebki jest widoczny obok lub pod guzkiem i wtedy smuga, tworząca tak zmienioną torebkę, jest zazwyczaj bardzo wązka, o komórkach drobnych, jakby zanikła.

Gruczołów potnych w żadnym ze skrawków nie spotkałem, dlatego nic o ich zachowaniu się mówić nie mogę. Gruczoły łojowe zdają się być prawidłowe, a tylko, jak zazwyczaj w tej części skóry (twarz) obfite i duże.

Najwięcej zajęcia budzić musi w tych przypadkach miejsce wyjścia tego rodzaju nowotworów. Przeważna część autorów stwierdza, że guzy mięśniakowe powstają z istniejących w skórze mięśni gładkich, gdy jednak Jadassohn, Roberts, Neumann, Marschalko, Audry są zdania, że nowotwory te wychodzą z mięśni gładkich przywłośnych (*arrectores pilorum*), Hess i Croocker uważają warstwę mięsną naczyń za miejsce, z którego twór się rozwija. Łukasiewicz, Wolters, Brigidi i Marcacci twierdzą, że w ogóle mięśnie gładkie skóry, tak torebek włosowych, jak naczyń, jakoteż gruczołów, mogą być punktem wyjścia. W przypadku, przezemnie opisanym, mogę wyłączyć powstanie guzów ze ścian naczyń, gdyż nie spostrzegałem, jak Hess i Croocker, zgrubiałej warstwy mięsnej w ścianach naczyniowych, a wśród guzów naczynia były bardzo skąpe i drobne. Podobnie nie spostrzegałem żadnego związku z gruczołami potnymi, ani łojowymi. Do pewnego stopnia

istniał tylko niejaki związek z torebkami włosowemi, które w niektórych miejscach znajdowały się wśród guzka. Obrazy te jednak nie upewniają w tym kierunku, — z nich nie można wnosić na pewno, że punktem wyjścia jest mięsień przywłośny (*arrector pili*). Dla stanowczego stwierdzenia trzebaby spostrzegać, wedle mego zdania, sam początek rozwoju guzka z takiego mięśnia, bo wtedy tylko możnaby wykazać z całą pewnością pochodzenia nowotworu. Jak dotąd, przypuszczenie takie jest wprawdzie bardzo prawdopodobne, ale nie zdaje mi się być udowodnione.

Zastanawiając się nad przyrodą tej sprawy nowotworowej, — uwzględniając wszystkie dane kliniczne i histologiczne, — przeprowadzićby można pewną analogię z innymi nowotworami skóry, o których powyżej wspomniałem.

W spostrzeganych dotąd przypadkach mięśniaków nie zauważono wprawdzie tak wybitnych znamion, towarzyszących tej sprawie, z którychby, jak przy skórze pergaminowej (*xeroderma*) lub nerwowłókniakach, można wnosić z największem prawdopodobieństwem, że są to przypadki zboczenia wrodzonego. A jednak znajdowanie się mięśniaków na różnych częściach ciała pojedynczo, jak w przypadkach Herzoga lub Audryego, albo, jak częściej, licznych, zgrupowanych w pewnem miejscu w skórze, — ich budowa anatomiczna z mięśni gładkich, — wreszcie przebieg, przemawiałyby przecież za tem, że są to nowotwory, rozwijające się jako wada rozwojowa. Pierwszą wskazówkę stanowiłby wiek, w którym guzy te występowały w znanych przypadkach. Jeżeli bowiem to jest wadą wrodzoną, to nowotwory tego rodzaju pojawiać się powinny już w dzieciństwie lub w okresie rozwoju, a przynajmniej w tym wieku muszą być widoczniejsze, jak to bywa n. p. w mnogich nerwowłókniakach. Spostrzeżenia ścisłe w tym kierunku są bardzo trudne, — dlatego w przyszłości o tym szczególe w każdym przypadku pamiętać się powinno. Guzy tego rodzaju powstawać mogą prawie niepostrzeżenie, wzrastać pomału, a dopiero wtedy się ujawniać wybitniej, kiedy stają się z jakiegoś powodu dla chorego uciążliwe: albo zatem sprawiają bole, jak to w wielu przypadkach zauważono, albo stają się przykre ze względu na swą mnogość w pewnej części skóry, albo oszpecają dotkniętego, jak w powyżej opisanym przypadku, gdy znajdują się na twarzy. Należy jednak zauważyć, że w większości znanych dotąd przypadków odnoszono początek powstawania guzów do wieku młodego, około 20 roku życia; Hess zaznacza, że w jego przypadku choroba powstała między 3 a 4 rokiem życia, a w przypadku Jarischa guzy trwały od dzieciństwa, chociaż chory zgłosił się dopiero w 56 r. życia. W przypadku, przezemnie spostrzeganym, już w 10 r. życia miały być jakieś widoczne objawy, chociaż dopiero na rok przed zgłoszeniem się chorej stały się wyraźniejsze.

W połowie znanych przypadków chorzy zgłaszali się dla bolów, występujących przy ucisku guzów lub też niezależnie od jakiegokolwiek urazu, samoistnie i napadowo się pojawiających. Bole te pojawiały się w różnym okresie rozwoju i w różnym wieku, w niektórych przypadkach (Marschalko, Łukasiewicz, Roberts) już bardzo wcześnie, bo około 20 r. życia, w innych znacznie później, — ale znamy w literaturze przypadki, w których mimo długiego trwania i późnego wieku chorych (Jadassohn, Neumann, Besnier, Jarisch) bolów wcale nie było. Dlatego nie można uważać bolów, jak to chce Joseph, za ściśle należące do obrazu klinicznego tej choroby, — ale raczej za objaw przypadkowy, wywołany warunkami w ułożeniu guza w bliskości nerwów. W moim przypadku nie było ani bolów samoistnych, ani też guzy nie były przy ucisku bolesne, — co tłómaczę właśnie tem, że rozrost ich silniejszy był jeszcze świeższej daty i do ucisku na nerw dojść nie mogło.

Z dotychczasowych spostrzeżeń nie można również wnosić, jakoby istniały jakieś ulubione miejsca rozwoju mięśniaków. Zauważyć jednak można pewne ograniczenie, n. p. do jednej kończyny, guzów, pojawiających się nawet obficie (w przypadku Marschalko: 100 guzów na goleni prawej; Łukasiewicza: 60 na kończynie dolnej lewej). W wyjątkowych przypadkach u ludzi starych spostrzegano obok zgrupowanych na pewnej przestrzeni i pojedyncze guzki, rozrzucone w miejscach oddalonych, zawsze na górnej połowie ciała (Brigidi i Marcacci, Arnozan i Vaillard, Besnier). Twarz była dość częstą siedzibą nowotworów (Crooker, White, Hess, Roberts, Jarisch, Herzog) i w tych przypadkach tylko ta część ciała była guzami zajęta.

Myśl zatem, że nowotwory, o których wspomniałem, są wadą wrodzoną, przez co pokrewne znamionom (*naevi*), nie jest nową. Wypowiadali ją niejednokrotnie co do różnych spraw nowotworowych Unna i Darier, a Hallopeau i Leredde przez rozszerzenie grupy znamion (*naevi*). Unna stwierdza w swej „Histopatologii skóry“, że mięśniaki należą do guzów wrodzonych, a Darier rozszerza także na tłuszczaki i mięśniaki tłómaczenie powstawania nowotworów skóry z niewłaściwego siedliska (*heterotopia*), przez oddzielenie w życiu płodowem pewnych grup komórek lub wyróżnionych części tkanek i następowy ich rozrost w pewnej chwili życia. Powraca się zatem do teoryi Cohnheima, wypowiedzianej w r. 1882, wedle którego wszystkie nowotwory należą do wad wrodzonych. Czy tak jest w rzeczywistości, rozstrzygnąć mogą przyszłe badania, — stwierdzić jednak trzeba, że najnowsze spostrzeżenia co do przebiegu zachowania się nowotworów i stosunków anatomicznych, skłaniają bardzo wybitnie myśl w tym kierunku. Teorya ta objaśnia przedewszystkiem w sposób bardzo dobitny, jaki może być punkt wyjścia nowotworu, chociaż nie tłómaczy, dlaczego taki twór płodowy, gdzieś w ustroju zamknięty, pozostaje długi czas w ukryciu i rozwija się dopiero w pewnym okresie życia. W stosunku do nowotworów skóry teorya ta ma szczególne zastosowanie, w takich bowiem sprawach jak gruczolaki łojowe (*adenoma sebaceum*), nerwowłókniaki, mięśniaki, naczyniaki, znamiona i t. p., nowotwory wzrastają w pewnym określonym wieku, chociaż w postaci obcych ognisk zauważa się je nierzadko już w wieku dziecięcym, — a wzrost ten odnieść należy najprawdopodobniej do czasu, w którym ustrój młody dojrzewa. Dlatego, chociaż spostrzega się przypadki tych nowotworów i w wieku późnym, to jednak najczęściej sami chorzy odnoszą wzrost do wieku znacznie wcześniejszego. Niestety wywiady w tym razie nie zawsze są pewne, — bo chorzy zgłaszają się wtedy, kiedy nowotwory sprawiają im pewne fizyczne dolegliwości albo ze względów kosmetycznych, jak w powyżej przytoczonym przypadku.

Piśmiennictwo. 1) Arnozan i Vaillard: Annal d. derm. et syph. 1881. — 2) Andry: Annal. d. derm. et syph. 1898 — 3) Babes: Die Neubildungen d. Haut (Podręcznik Ziemssena). — 3) Besnier: Annal. d. derm. et syph. 1880 i 1885. — 4) Brigidi i Marcacci: Annal. et derm. et syph. 1882. — 5) Busch: Arch. f Derm. u. Syph. 1903. T. 65. — 6) Chevalier: Thèse Lyon. 1900. — 7) Crocker: The Brit. Journ. of Derm. 1897. — 8) Darier: Tumeurs de la peau. La prat. derm 1900—1903. — 9) Devic i Gallavardin: Revue d. chir. 1901. — 10) Fox: Brit. Journ. of Derm. 1902. — 11) Hallopeau i Leredde: Traité de dermat. 1900. — 12) Hardaway: Arch. of med. sciem. 1886. — 13) Herzog: Journ of cutan and gen. urin. dis. 1898. — 14) Hess: Virchows Arch. 1890. T. 120 — 15) Hoag: Amer. Medic. 1902. — 16) Huldschinsky: Inaug Diss. Freiburg. 1901. — 17) Jacobi: Münch. med. Woch. 1900. — 18) Jadassohn: Virch Arch. 1890. T. 121. — 19) Janim: Deut. Arch f. kl. Med. T. 70. — 20) Jarisch: V Zjazd derm. niem. Str. 360 — 21) Joseph: Gutartige Neubildungen. Podręcznik Mraćka. 1904. — 22) Levandowsky: Centrlbl f Physiol. 1900. — 23) Łukasiewicz: Arch f. Dermat. u. Syph. 1892 T. 24. — 24) Marschalko: Monatsh. f prakt. Darmat. 1900. T. 31. — 25) Morris: Brit. Journ. of Derm. 1901. 1902 — 26) Neumann: Arch. f. Derm. u. Syph. 1897. T. 39. — 27) Roberts: Brit. Journ. of Derm. 1900. — 28) Verneuil: Bul. d. l soc. anat. 1858. — 29) Vidal: Journ. of aut. and gen. urin. dis. 1885. — 30) Unna: Histopathologie der Haut. — 31) Virchow: Die krankhaft. Geschwülste. T. 3. — 32) White: Journ. of. cut. and gen. urin. dis. 1899. — 33) Wolters: Arch. f. Derm. u Syph 1893

• • •

II. O występowaniu miesiączki po poronieniu.

Podał

Dr. Bernard Engländer

lekarz chorób kobiecych i akuszer w Krakowie.

Jak z jednej strony ogólnie jest wiadomo, że prawidłowy połóg trwa po porodzie około 6—8 tygodni, w którym to czasie regularnie po raz pierwszy miesiączka występuje, tak z drugiej strony dane co do występowania miesiączki po poronieniu są nader skąpe i bez wyraźnego ścisłego określenia terminu pod względem czasu pojawienia się pierwszego krwawienia miesiączkowego.

Leopold (1) w swej publikacyi powiada, „że nowa błona śluzowa może się wytworzyć już w 4-tym, a nawet w 3-cim tygodniu po porodzie, z reguły jednakże na pewno dopiero po 6 tygodniach następuje zupełne jej odrodzenie i w tym też czasie dopiero występuje pierwsza miesiączka“. Z nim zgadzają się wszyscy inni autorzy, jak: Ries (2), Schatz (3), Mac Lennan (4), Wormser (5), Burckhardt (6), Florenzo D' Erchia (7). — Wormser (5) wyraźnie wskazuje na połogowy charakter błony śluzowej macicy w 3-cim tygodniu po porodzie, jakkolwiek odrodzenie jej zupełne już nastąpiło.

Nieliczni autorowie, jak van der Hoeven (8), Polano (9) i K. Hegar (10), którzy zajmowali się poronieniem, wypowiadają jedynie na podstawie badań drobnowidowych zdanie, że zwijanie się połogowe macicy i jej błony śluzowej po porodzie trwa dłużej, że po poronieniu błona śluzowa macicy wcześniej osiąga prawidłowe swoje wejrzenie, niż po porodzie; co się jednakże tyczy części klinicznej, t. j. kiedy pierwsza miesiączka po poronieniu występuje, o tem w dostępnem mi, względnie obszernem piśmiennictwie, nie znalazłem żadnych danych. Sprawa ta wydaje mi się dość ważną i dlatego zastrzegam sobie omówienie jej później.

Na czele publikacyi o poronieniu stoi wyczerpująca praca mikroskopowa Hegara (10), w której autor udowadnia, że odrodzenie błony śluzowej macicy prędzej postępuje, niż po porodzie. Tego samego zapatrywania są: van der Hoeven (8) i Polano (9), który nawet podaje, jak długiego czasu potrzebuje błona śluzowa macicy, by odrodziła się zupełnie po poronieniu. Dochodzi on do wniosku, że okres 4—8-dniowy zupełnie jest wystarczający. Jakkolwiek więc dokładnie jesteśmy powiadomieni o zmianach na błonie śluzowej macicy tuż po poronieniu, to jednak brak nam wręcz danych, kiedy macica podejmuje napowrót właściwą sobie czynność fizyologiczną, którą podczas ciąży utraciła. W tym celu poddałem dokładnemu badaniu 57 przypadków, które dla łatwiejszego zoryentowania się w materyale podaję poniżej w formie tabeli. Uwzględniłem w niej głównie sposób miesiączkowania przed poronieniem, t. j. czy miesiączkowanie odbywało się regularnie co 3 lub 4 tygodnie, albo nieregularnie, t. j. bez zachowania jakiegokolwiek typu. W następnej rubryce omówiłem czas przerwania ciąży; następnie skreśliłem pokrótce sposób postępowania wśród poronienia i przebieg po poronieniu, a w końcu przytoczyłem dane co do występowania pierwszej i następnych miesiączek po poronieniu.

Stwierdziłem więc, że na 57 poronień w pierwszych 4 miesiącach księżycowych 36 razy wystąpiła miesiączka w 4 tygodnie, 8 razy w 5-tym tygodniu, 6 razy za 5 tygodni, 2 razy w 6-tym tygodniu, 4 razy za 6 tygodni, jeden jedyny raz [1]) za 3 tygodnie: jeśli się jednak uwzględni, że w ostatnim przypadku pacyentka zawsze co 3 tygodnie miesiączkowała, to można i ten przypadek zaliczyć do tych, w których miesiączka pojawiła się w 4 tygodnie po poronieniu. Rzecz ta przedstawia się odsetkowo jak następuje: w 4 tygodnie po poronieniu (również licząc przypadek 4), pojawiła się miesiączka w 64·9%, w 5-tym tyg. w 14%, za 5 tygodni w 10·5%, w 6-tym tygodniu w 3·5%, a za 6 tygodni w 7%.

Jest więc widocznem, że najczęściej — i to należy uważać za regułę — pierwsza miesiączka po poronieniu następuje już po 4 tygodniach, a więc również po taksamo długim okresie, jak po zwykłej miesiączce u przeważnej części zdrowych kobiet, niestosunkowo rzadziej w 5-tym tygodniu, albo później.

Jak więc jest regułą, że pierwsza miesiączka po porodzie następuje dopiero po 6—8 tygodniach, tak należy uważać ten termin po poronieniu za wyjątek, gdyż tu, — jak tabela wskazuje, — już wcześniej występuje pierwsza regularność. Możnaby więc powiedzieć, że ustrój kobiety wcześniej osiąga równowagę po poronieniu, t. j., że narządy płciowe kobiety wcześniej zaczynają wykonywać swą czynność fizyologiczną, aniżeli po porodzie. Jeśli się prócz tego zważy, że zmiany, jakie wczesna ciąża w pierwszych czterech miesiącach księżycowych w macicy za sobą pociąga, nie są tak znaczne, jak przy końcu donoszonej ciąży, to nie będziemy się dziwić, że już wcześniej nastąpiło pierwsze krwawienie. Ustrój bowiem ludzki zachował się tu tak, jak po zwykłej miesiączce.

Z powyższego możnaby jeszcze wyciągnąć ten wniosek, że ustrój kobiety oddziaływa na poronienie, jak na zwykłą miesiączkę.

Zdaje mi się, że omówiłem powyżej dokładnie i wykazałem dobitnie, jaki zachodzi stosunek między poronieniem a miesiączką. W tym celu przytoczyłem jedynie przypadki, w których poronienie odbyło się bez znacznego lub dłuższego krwawienia, gdzie przebieg nie był powikłany podniesioną ciepłotą lub też idącymi z nią w parze zmianami zapalnemi lub gnilnemi w macicy, zwłaszcza na jej błonie śluzowej, lub też zmianami zapalnemi przy- i okołomacicznemi, lub też wogóle ogólnem posocznicowem zatruciem krwi *(sepsis)*. Przekonałem się bowiem, że sprawy powyższe przedłużają czas od chwili poronienia do pojawienia się pierwszej miesiączki, zależnie zupełnie od ciężkości schorzenia ustroju po poronieniu.

Niemałe znaczenie ma dla lekarza wiadomość, kiedy występuje po poronieniu pierwsza miesiączka. Zachodzi bowiem pytanie, czy lekarz wezwany do krwotoku z części rodnych, n. p. w 4 tygodnie po poronieniu, powinien wy-

---

[1]) Patrz tabela przyp. 4.

Przypadek	Imię, nazwisko, zatrudnienie i wiek	Miesiączka	Poronienie	Leczenie	Przebieg	Pierwsza miesiączka	Następna miesiączka
1	Anna Sch., lat 35 żona wyrobnika, 2 porody.	regularnie co 4 tygodnie	w 6 tygodniu	w 9 dniu wyskrobanie macicy z powodu krwawienia.	bezgorączkowy	w 5-tym tygodniu	regularnie co 4 tygodnie
2	Kat. St., lat 21, żona wyrobnika, 2 porody.	„	w 2 miesiącu	wyleczenie samoistne	„	w 4 tyg.	„
3	Róża E., lat 23.	regularnie co 5 tygodni	w 6 tygodniu	„	„	w 6-tym tygodniu	„
4	Marya B., lat 26, żona urzędnika, 3 porody.	regularnie co 3 tygodnie	w 2 miesiącu	z powodu dreszczu wyjęcie ręczne jaja	„	po 3 tyg.	regularnie co 3 tygodnie
5	Helena O., lat 21, żona kupca.	regularnie co 4 tygodnie	„	„	„	za 6 tyg.	„
6	Róża R., lat 26, żona krawca, 2 porody.	„	„	„	„	w 5 tyg.	„
7	Natalia J., lat 36, żona krawca, 5 porodów	„	„	z powodu krwotoku wyjęcie ręczne jaja	„	w 6 tyg.	„
8	Józefa B., lat 24, żona kupca, 2 porody.	regularnie co 26 dni	w 5 tygodniu	wyskrobanie macicy	„	w 4 tyg.	„
9	Marya P., lat 26, żona kupca, 2 porody.	regularnie co 4 tygodnie	w 3 miesiącu	z powodu krwotoku wyjęcie ręczne jaja	„	„	„
10	Barbara W., lat 30, żona maszynisty	„	„	wyleczenie samoistne	„	„	„
11	Paulina R., lat 25, żona kupca, 2 porody.	„	w 2 miesiącu	„	„	„	„
12	Lola S., lat 22, krawczyni.	„	w 6 tygodniu	Abrasio	„	w 5 tyg.	„
13	Józefa B., lat 24, żona kupca, 2 porody, przed 2 laty, poronienie w 5 tygodniu.	„	„	„	„	w 4 tyg.	„
14	Marya W., lat 24, żona motorowego, 1 poród.	„	w 4 miesiącu	wyleczenie samoistne	„	„	„
15	Natalia N., lat 30, żona pocztowego, 1 poród.	„	w 5 tygodniu	wyjęcie ręczne jaja z powodu krwotoku	„	„	„
16	Paulina R., żona kupca, 2 porody, przed 3 laty, poronienie.	„	„	wyskrobanie macicy	„	„	„
17	Brigida F., lat 31, żona krawca, 2 porody.	„	w 6 tygodniu	wyleczenie samoistne	„	w 5 tyg.	„
18	Joanna Cz., lat 28, żona wyrobnika, 2 porody.	„	w 2 miesiącu	„	„	„	„
19	Wanda H., lat 38.	„	„	„	„	„	„
20	Tekla Ł., lat 48, żona wyrobnika, 11 porodów.	„	w 3 miesiącu	„	„	w 4 tyg.	„
21	Bruche H., lat 32, żona robotnika.	„	w 6 tygodniu	wyjęcie ręczne jaja z powodu krwotoku	gorączka w następstwie ropnia w okolicy stawu łokciowego praw., po przecięciu którego gorączka spadła	w 5-tym tygodniu	„
22	Salomea R., lat 26, żona wyrobnika.	„	w 4 miesiącu	wyleczenie samoistne	bezgorączkowy	„	„
23	Wanda H., lat 38	„	w 3 miesiącu	„	„	„	„
24	Katarzyna Z., lat 40, żona krawca, 1 poród	„	w 2 miesiącu	„	„	w 4 tyg.	„
25	Salomea K., lat 50, żona wyrobnika, 10 porodów.	„	w 4 miesiącu	„	„	w 5-tym tygodniu	„
26	Salomea F., lat 20, żona kupca.	„	w 2 miesiącu	„	„	w 4 tyg.	„
27	Eleonora R., żona urzędnika, 1 poród.	„	w 3 miesiącu	„	„	„	„
28	Leona S., lat 30, żona kupca, 6 porodów.	„	„	„	„	w 5 tyg.	„

Przypadek	Imię, nazwisko, zatrudnienie, wiek	Miesiączka	Poronienie	Leczenie	Przebieg	Pierwsza miesiączka	Następna miesiączka
29	Regina B., lat 42	regularnie co 4 tygodnie	w 3 miesiącu	wyleczenie samoistne	bezgorączkowy	w 4 tyg.	co 4 tyg. 1 poród
30	Karolina K., lat 23, robotnica.	„	w 2 miesiącu	„	„	„	„
31	Eleonora R., żona urzędnika, 2 porody, przed 4 laty poronienie.	„	w 4 miesiącu	„	„	„	co 4 tyg.
32	Marya P., lat 23, robotnica.	„	w 7 tygodniu	„	„	w 5-tym tygodniu	„
33	Józefa S., lat 26, żona golarza.	„	w 6 tygodniu	„	„	w 4 tyg.	„
34	Karolina H., lat 25, żona fryzyera, 2 porody.	„	w 2 miesiącu	wyskrobanie macicy	„	„	co 4 tyg. 1 poród
35	Marya W., lat 50, żona robotnika, 5 porodów.	„	„	wyleczenie samoistne	„	„	co 4 tyg.
36	Eleonora R., żona urzędnika, 3 porody, 2 poronienia.	„	w 3 miesiącu	„	„	w 6 tyg.	„
37	Rozalia G., lat 34, żona górnika, 6 porodów.	regularnie co 24 dni	„	„	„	„	„
38	Marya K., 6 porodów.	regularnie co 4 tygodnie	w 2 miesiącu	„	„	w 4 tyg.	„
39	Marya St., lat 37, żona robotnika.	„	w 3 miesiącu	„	„	„	„
40	Marya W., lat 50, żona robotnika, 6 porodów.	„	„	„	„	„	„
41	Marya K., lat 47, 6 porodów, 1 poronienie.	„	„	„	„	„	„
42	Zofia D., lat 45, żona robotnika, 6 porodów.	„	w 2 miesiącu	„	„	„	„
43	Salomea D., lat 30, żona kupca, 2 porody.	„	„	wyskrobanie macicy	„	„	„
44	Marya W., lat 50, żona robotnika, 6 porodów, 2 poronienia.	„	w 3 miesiącu	wyleczenie samoistne	„	„	Amenorhoë
45	Amalia K., lat 50, żona kupca, 4 porody.	„	w 4 miesiącu	„	„	w 6 tyg.	co 4 tyg.
46	Róża B., lat 25, żona kupca, 1 poród.	„	w 3 miesiącu	„	„	w 5-tym tygodniu	co 4 tyg. 1 poród
47	Marya W., lat 50, żona robotnika, 8 porodów.	„	„	„	„	w 4 tyg.	co 4 tyg.
48	Fanny Sch., lat 38, żona kupca, 5 porodów.	„	w 2 miesiącu	„	„	„	„
49	Ernestyna A., lat 43, żona kupca, 5 porodów.	„	w 7 tygodniu	„	„	„	„
50	Joanna M., lat 30, wieśniaczka, 6 porodów.	„	w 6 tygodniu	„	„	„	„
51	Joanna P., lat 38, wieśniaczka	„	w 2 miesiącu	„	„	„	„
52	Marya W., lat 45, żona posługacza, 7 porodów.	„	w 3 miesiącu	„	„	„	„
53	Fanny Sch., lat 36, żona kupca, 5 porodów, 1 poronienie.	„	w 6 tygodniu	„	„	„	„
54	Lola D., lat 42, akuszerka, 4 porody.	„	w 2 miesiącu	„	„	w 6 tyg.	„
55	Dora K., lat 24, żona fryzyera.	„	w 7 tygodniu	„	„	w 4 tyg.	„
56	Elżbieta K., lat 32, żona górnika, 2 porody	„	w 4 miesiącu	„	„	w 5-tym tygodniu	„
57	Marya K., lat 30, żona robotnika, 3 porody.	„	w 2 miesiącu	„	„	w 4 tyg.	„

konać jakiś zabieg operacyjny? Mam tu na myśli wyskrobanie. Pod tym względem lekarze dość często błądzą.

Odpowiedź na to taka: jeśli poronienie ukończyło się po kilkudniowem krwawieniu, a dopiero po dłuższym bezkrwawym okresie znów chora zaczyna krwawić, to krwawienie takie słusznie można uważać, — naturalnie wykluczywszy po dokładnem zbadaniu wszelkie inne możliwości, — za krwawienie miesiączkowe; jeśli się jednak pojawiają po poronieniu częste krwawienia dołem z małemi przerwami, to najczęściej nie minięmy się z prawdą, jeśli przyjmiemy, że w jamie macicy coś pozostało, co jest przyczyną tego częstego krwawienia. Wtedy to dopiero zastosowanie łyżeczki powinno mieć miejsce.

Piśmiennictwo. 1) Leopold: Archiv f. Gynaek. Bd XII. H. 2. — 2) Ries: Zeitsch. f. Geb. u. Gyn. Bd XXIV. 1892. H. I. — 3) Schatz: Frommel's Jahresberichte. XIII Jahrgang über 1899. — 4) Mac Lennan: Frommel's Jahresberichte XIV Jahrg. über 1900 — 5) Wormser: Archiv f. Gyn. Bd LXIX. 1903. — 6) Burckhardt: Archiv f. Gyn. Bd LI. H. 1. — 7) Florenzo D' Erchia: Zeitschr. f. Gyn. u. Geb. Bd XL. H. 3. — 8) van der Hoeven: Frommel's Jahresbericht XVI Jahrg. über 1902. — 9) Polano: Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XLI. Heft 1. — 10) K. Hegar: Beiträge zur Geb. u. Gyn. Bd VI. Heft 2. u. Frommel's Jahresberichte XVI Jahrgang über 1092.

III. Oceny i sprawozdania.

Kamilla Horwitz: **Über die Histologie des embryonalen Knochenmarks.** *(Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde der hohen med. Fakultät der Universität Zürich).* Wien, 1904. Verlag von Moritz Perles. Str. 29.

Ta sama rzecz wyszła w „Wiener med. Wochenschrift" Nr. 31—35 1904, oraz po polsku w „Gazecie lekarskiej" Nr. 26 z r. 1904. Autorka zajmuje się w pracy swej kwestyą stosunku, jaki zachodzi między myeloblastami (typ Naegeli) a myelocytami, względnie leukocytami wogóle. Dokonała w tym celu badania szpiku kostnego 12 płodów ludzkich, z których tylko 2 były już zupełnie rozwinięte, a 10 miały od 4—9 miesięcy. Jak wiadomo, w szpiku kostnym ludzkim znajdujemy, szczególnie u ludzi młodych, obok myelocytów, a więc tworów ziarnistych, także i różnej wielkości komórki bez ziarniny, z wejrzenia i zachowania się wobec barwików niezwykle podobne do limfocytów. Budzi się więc wobec tego pytanie, czy te komórki są istotnie limfocytami? Pappenheim twierdzi, że te komórki nie są niczem innem, tylko limfocytami; inni (Hirschfeld, Rubinstein) uważają je za komórki limfoidalne, które nic wspólnego nie mają z limfocytami. Przeciw Pappenheimowi wystąpili Naegeli, oraz Michaelis i Wolff, — a mianowicie Naegeli uważa te twory bez ziarniny za swoiste składniki szpiku, a że posiadają zdolność wytwarzania ziarniny i zmieniania się w myelocyty, radzi nazywać je myeloblastami, analogicznie do krwinek czerwonych (erytroblasty i erytrocyty).

Autorka popiera zdanie Naegelego, a wyniki swej pracy zestawia w następujących słowach:

1) W płodowym ludzkim szpiku kostnym tworzą myeloblasty (komórki szpikowe bez ziarniny), jako wczesny okres wszystkich komórek szpiku kostnego, znaczną przewagę krwinek białych, gdyż stanowią 75—90% ogółu.

2) Stwierdzenie tego faktu jest dalszym biologicznym czynnikiem, stanowiącym rozdział między komórkami szpiku kostnego podobnymi do limfocytów, a prawdziwymi limfocytami narządów chłonnych.

3) I najnowsze, jako swoiste dla limfocytów podawane sposoby barwienia nie zdołały wytworzyć granicy barwikowej między limfocytami a myeloblastami, granicy, której się domaga biologia, patologia i embryologia.

4) Wielkość myeloblastów waha się w znacznych granicach: najmniejsze postacie dochodzą ledwo wielkości krwinek czerwonych, największe są rozmiarami równe wielkim postaciom myelocytów.

5) Możnaby twierdzić z pewną ostrożnością, że najmniejsze myeloblasty znachodzą się przeważnie we wczesnych miesiącach płodowych, zaś później ustępują postaciom średnim. W odwrotnym stosunku do wielkości komórki stoi bogactwo jądra myeloblastów co do chromatyny: im mniejszy myeloblast, tem jądro ciemniejsze, im większy — tem jaśniejsze.

6) Z tego wynika, że komórką macierzystą komórek szpikowych jest nie wielki, ale mały myeloblast, co się zgadza z wynikami patologów.

7) Wielkie myeloblasty zwolna przemieniają się w myelocyty przez to, że pierwoszcza co raz łatwiej się barwi i wytwarza drobną ziarninę.

8) W szpiku ludzkiego płodu znajdujemy znacznie mniej myelocytów, niż u dorosłego, tylko 10—25%; a są one przeważnie neutrofilne, rzadziej eozynofilne, a jeszcze rzadziej bazofilne. Znajdujemy także i komórki olbrzymie.

9) Krwinki czerwone jądrzaste znachodzą się często w płodowym szpiku kostnym. Najczęściej spotykamy normoblasty, wszędzie jednak spotkać można megaloblasty (czasem i dużo ich można znaleść), jakoteż wszelkie przejścia między obiema postaciami.

10) Rozpad jądra da się stwierdzić zarówno w megalo-, jak i normoblastach. *Stahr.*

IV. Wyciągi.

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. Doc. Jochmann. **Bakteryemia w gruźlicy płuc.** (*Deutsches Archiv f. klin. Med.* T. 83, Zeszyt 5 i 6, 1905). Przed kilku jeszcze laty bakteryologiczne badania krwi w gruźlicy płuc (Jakowski, Hewelke, Sittmann i inni) wykazywały bardzo często obecność w niej paciorkowców, gronkowców, dwoinek; ich też obecności we krwi przypisywano nawet występowanie trawiącej gorączki (*febris hectica — Streptokokkenkurve* — Petruschky). Badań tych jednakże nie można uważać za ścisłe, gdyż używana wówczas metoda pobierania krwi przez nakłucie palca kryła w sobie dwa zasadnicze błędy: przedewszystkiem krew, stykając się na stosunkowo rozległej przestrzeni z powierzchnią skóry, ulegać mogła aż nadto często rozmaitym zanieczyszczeniom, a powtóre ilość jej była zbyt mała. Własne badania Jochmanna rozciągają się na 40 przypadków daleko posuniętej gruźlicy płuc rozpadowej z wysoką przepuszczającą trawiącą gorączką; aby otrzymać możliwie pewne i dokładne wyniki, pobierał autor zgodnie z wymaganiami dzisiejszej wiedzy bakteryologicznej krew z żył przedramienia w ilości 20 ctm.³ zapomocą wyjałowionej strzykawki Lucra; u wielu chorych powtarzał badania kilkakrotnie, aby się przekonać, czy przypadkiem tuż przed śmiercią u konających drobnoustroje nie przedostają się do krwi. Ujemne wyniki otrzymał we wszystkich 40 przypadkach, badanych za życia i w czasie konania; z 9 z nich, badanych dla kontroli także po śmierci według metody, podanej przez Lenhartza (po możliwie aseptycznem otwarciu worka osierdziowego przyżega się rozpalonym nożem ścianę prawego serca i wbitą w to miejsce wyjałowioną strzykawką Lucra wydobywa krew ze serca), — w 7-miu okazała się krew także jałową, w jednym przypadku wyrosły na płytkach same paciorkowce, w drugim paciorkowce wraz z gronkowcem złocistym. Widoczną zatem z tego jest rzeczą, że w postępującej gruźlicy płuc drobnoustroje we krwi za życia się nie znajdują; obecność paciorkowców, a jeszcze więcej gronkowców, zaliczyć należy do wyjątków. W przypadkach tych, gdzie po śmierci dopiero we krwi znajdują się paciorkowce, dostały się one tam według wszelkiego prawdopodobieństwa dopiero w czasie konania, gdy bakteryobójcze siły krwi już się wyczerpały; zachodziłaby tutaj zupełna analogia z płonicą, gdzie Jochmann również u 18 dzieci w ciągu ostatnich 24 godzin ich życia nie znalazł ani razu we krwi paciorkowców, natomiast po śmierci znajdowały się one w niej bardzo obficie. *Wilczyński.*

Doc. Rolly i Liebermeister. **Badania doświadczalne nad przyczyną znikania drobnoustrojów w jelicie cienkiem.** (*Deutsches Archiv f. klin. Med.* T. 83, Z. 5 i 6, 1905). Większa część wprowadzonych wraz z pokarmami drobnoustrojów ulega niszczącemu i trawiącemu działaniu HCl w żołądku, pewna ich część jednakże dostaje się do dwunastnicy. Tutaj na pozór zdawaćby się mogło, że drobnoustroje wobec zasadowo oddziaływającego soku jelitowego znajdą się w znacznie korzystniejszych dla siebie warun-

kach i rozmnażać się będą nieograniczenie. Tymczasem widzimy u zwierząt, n. p. u królików i cieląt, że jelito cienkie jest prawie zupełnie jałowe; nawet wtedy, gdy treść żołądkowa zostaje sztucznie przez wprowadzenie sody zobojętnioną i skutkiem tego następnie przechodzi więcej drobnoustrojów do jelit, pomimo tego jelito cienkie posiada w prawidłowych warunkach własność niszczenia nawet wielkich ilości drobnoustrojów. Chcąc zbadać te bakteryobójcze siły i czynniki, jakimi rozporządza jelito cienkie, autorowie przeprowadzili cały szereg doświadczeń na zwierzętach. Wprowadzali oni, podobnie jak Schütz, głodzonym przez 2 dni królikom po otwarciu jamy brzusznej do dwunastnicy zapomocą strzykywki Pravaza 1 ctm.³ 24-godzinnej hodowli prątka ropy błękitnej (*bac. pyocyaneus*), gronkowców, łańcuszkowców lub *vibr. Metschnikoff*, podwiązując równocześnie odźwiernik w celu przeszkodzenia dostawaniu się kwaśnego soku żołądkowego do dwunastnicy, poczem po upływie doby zwierzęta zabijali; badanie bakteryologiczne wykazywało stale jałowość jelita cienkiego, z czego można było wnosić, że jelito cienkie, a w szczególności jego żywa i nienaruszona, nabłonkiem pokryta błona śluzowa posiada własności bakteryobójcze; nie posiadają jej natomiast wcale (jak mylnie dotychczas sądzono), lecz owszem stanowią doskonałą pożywkę czysty sok jelitowy, trzustkowy i żółć. W zapalnie zmienionej natomiast błonie śluzowej jelita cienkiego (n. p. po śródmięśniowem wstrzykiwaniu sublimatu, po zadziałaniu na błonę śluzową jelit nadmanganianu potasowego i t. d.) mnożą się w całem jelicie cienkiem bardzo szybko i niepomiernie drobnoustroje; wzrost ten odbywa się zarówno w kwaśno, jak i zasadowo oddziaływającej treści pokarmowej. Zapalnie zmieniona, chora błona śluzowa jelita cienkiego zatraca w zupełności własności bakteryobójcze, a wydzielany przez nią w zwiększonej ilości sok jelitowy stanowi nawet dla drobnoustrojów doskonałą pożywkę. W jaki sposób oddziaływa niszcząco na drobnoustroje zdrowa błona śluzowa jelita cienkiego, w szczególności jej żywy nabłonek, a nie jej wydzielina — sok jelitowy, — o tem dokładnie nie wiemy; prawdopodobnie jest to proces analogiczny do tego, jaki się odgrywa w tchawicy, w oskrzelach, w cewce moczowej. *Wilczyński.*

Göschel. **Laparotomia w gruźlicy otrzewnej.** (*D. Archiv. f. kl. Med.* t. 84, z. 1—4. 1905). Jak statystyki różnych autorów wykazują, gruźlica otrzewnej ustępuje po pewnym czasie, mniej więcej w $^1/_3$ części wszystkich przypadków, bez właściwego leczenia; dotyczy to przypadków od początku lekkich, niepowikłanych, zwłaszcza u dzieci. Tam natomiast, gdzie nie ma żadnych widoków i skłonności do samodzielnego wyleczenia, można je jeszcze w pewnych, aczkolwiek nielicznych razach, sprowadzić, a przynajmniej uzyskać znaczną poprawę stanu ogólnego, chociażby tylko na czas pewien, drogą operacyjną, a mianowicie laparotomią. Jej korzystnemu działaniu ulega jeszcze najłatwiej postać wysiękowa gruźlicy otrzewnej, trudniej już postać włóknista, podczas gdy przy postaci ropno-wrzodziejącej laparotomia nie jest w stanie poprawić złego rokowania. Samoistne dobrowolne wyleczenie nie następuje wtedy, gdy siły ochronne, jakiemi rozporządza otrzewna, biorą przewagę nad zgubnym wpływem prątków gruźliczych. Jeśli w jakikolwiekbądź sposób, czy to skutkiem znacznej jadowitości, czy mnogości prątków, czy też ciągłego ich napływu z pierwotnych ognisk gruźliczych (jelita, gruczoły zaotrzewne, narządy moczowopłciowe, płuca, inne błony surowicze) w prowadzonej walce ulega otrzewna, to można jej jeszcze przyjść z pomocą i podnieść jej naturalne siły ochronne przez laparotomię, po której zmniejsza się — po wypuszczeniu płynu — parcie śródbrzuszne, zwiększa natomiast przekrwienie czynne i nastaje wogóle poprawa krążenia, wossalności w obrębie jamy brzusznej. Laparotomia nie leczy więc gruźlicy, ale przywraca tego rodzaju stosunki, że otrzewna może znów skutecznie podjąć walkę z prątkami gruźliczymi. *Wilczyński.*

Tabora. **O fosforanach w treści żołądkowej.** (*Zeitschr. f. klin. Med.* LVI, 3—4, 1905). Różnicę między kwasotą ogólną a kwasotą od wolnego i luźnie związanego kwasu solnego (przy użyciu metody Lea z fenolftaleiną jako wskaźnikiem), odnoszono dawniej do fosforanów kwaśnych. Wolhardt wykazał, że fosforany kwaśne stanowią mały tylko odsetek kwasoty ogólnej, resztę należy odnieść do kwaśnego działania albumoz i peptonów. Autor, oznaczając fosforany ilościowo, według ścisłych metod analitycznych, wykazał, że w żołądku o kwasocie prawidłowej lub zwiększonej spotyka się fosforany w bardzo małej ilości, zatem różnica między kwasotą ogólną a kwasotą od wolnego kwasu solnego (o ile wytrawimy kwasy organiczne eterem) może pochodzić tylko od albumoz i peptonów. Natomiast w żołądkach, nie zawierających wolnego kwasu solnego, znajduje się dużo fosforanów, może dlatego, że ich wessanie jest w tych warunkach trudniejsze. Kwasota ogólna może wówczas całkowicie zależeć tylko od fosforanów. Jest to ważne dla różniczkowego rozpoznania między rakiem żołądka, a brakiem soku żołądkowego (achylia). Dawniej wysoką kwasotę ogólną uważano za charakterystyczną dla raka. Rzeczywiście mała kwasota ogólna przemawia przeciw rakowi według doświadczenia klinicznego, ale i wysoka za rakiem nie przemawia, skoro pochodzić może tylko od fosforanów, których duża ilość może równie dobrze towarzyszyć achylii. Obojętne działanie na papierek lakmusowy treści achylicznych żołądków jest spowodowane obecnością fosforanów dwumetalicznych, które wówczas w znaczniejszej ilości towarzyszą fosforanom jednometalicznym. *S. M.*

W. Giedgowd. **O ostrej rozstrzeni żołądka.** (*Kron. lek.* Nr. 11—12, 1905). Przy sposobności własnego przypadku ostrej rozstrzeni żołądka, stwierdzonego sekcyą, zestawia autor 18 przypadków innych autorów. Na tych 19 przypadków w 33% nie znaleziono żadnej widocznej przyczyny, ani klinicznie, ani na sekcyi, w 47% za przyczynę można było uważać zatrucie, a w 26% przyczyną była operacya, z nich w 4 przypadkach wstrząs ze strony otrzewnej, a w jednym przypadku winić można chloroform. Przyczyną ostrej rozstrzeni żołądka zdaje się być porażenie nerwowych narządów żołądka, wywołane przez rozmaite, jeszcze niedostatecznie wyjaśnione czynniki, najprawdopodobniej toksycznej natury. Śmiertelność z ostrej rozstrzeni żołądka jest znaczna, bo przekracza 85%. Leczenie dość bezsilne, polega na wlewaniach odżywczych, faradyzacyi żołądka, wlewaniu do kiszek lub podskórnie 1—$1^1/_2$ l. fizyologicznego roztworu soli, na podskórnem wstrzykiwaniu morfiny i wdychaniach tlenu. Niektórzy autorowie (Riedel) polecają przemywanie żołądka. *Dr. Blassberg.*

Oerum. **Doświadczenia z próbą Sahliego.** (*D. Arch. f. klin. Med.* t. 85, z. 3, 1905). Ponieważ zapomocą próby Sahliego można oznaczyć siłę wydzielniczą żołądka, przeto próba ta jest lepszą od innych. Zapomocą niej łatwo odróżnić nadmierne wydzielanie się kwasu solnego od wzmożonej kwaśności soku żołądkowego, lub od nadmiernego wydzielania się jego. Nadmierne wydzielanie się soku żołądkowego bywa w przebiegu nerwowych cierpień żołądka, w zaparciu stolca, w zapaleniu kiszek, kamicy żółciowej lub nerkowej i t. d., w końcu może towarzyszyć nadmiernemu wydzielaniu kwasu solnego. Nadmierne to wydzielanie stwierdzamy przy wrzodzie żołądka i w przebiegu błednicy. Próba ta pozwala odróżnić niedowład żołądka od nadmiernego wydzielania błony śluzowej żołądka. Zaburzenia czynności ruchowej żołądka łatwiej dają się zapomocą niej wykryć, niż po śniadaniu Ewalda. Liczby, oznaczające stopień kwaśności, są dla HCl, tesame. Natomiast cała kwasota jest mniejsza, niż przy śniadaniu Ewalda. Oznaczenie tłuszczu zapomocą kwasu masłowego nie wymaga żadnego szczególnego przyrządu. *Latkowski.*

CHIRURGIA. Vogel. **Doświadczalne badania nad oczyszczaniem skóry.** (*Deutsche med Wochenschrift* 1905, Nr. 30). Autor wykonał szereg badań nad wartością głównie używanych sposobów odczyszczania skóry rąk, mianowicie nad sposobem Mikulicza (spirytus mydlany) i Fürbringera (woda gorąca, wyskok, sublimat). Po wymyciu ręki umieszczał ją na $^1/_2$ godziny w przyrządzie Biera do leczenia gorącem powietrzem. Ręka pociła się tam ogromnie i pot następnie badano co do obecności drobnoustrojów. Otóż z badań tych autor doszedł do wniosku, że przedewszystkiem sposób Fürbringera przewyższa metodę Mikulicza, dalej, że mimo względnej jałowości rąk po umyciu, w pocie ręki spoconej drobnoustroje obficie znowu się znajdują. Wyskok przewyższa sublimat jako środek odkażający do rąk i nie działa, jak sądzi Koenig, garbująco na skórę, zamykając przez to powierzchowne pory, lecz owszem drąży w głąb. Autor radzi celem dokładnego wyjaławiania skóry, szczególnie przy operacyach przepuklin, umieszczać i dane miejsce w przyrządzie Biera. Przy cięciach o ile możności unikać części silnie owłosionych, nóż po przecięciu skóry odkładać na bok i więcej go nie używać. Skórę szyć należy pojedynczymi szwami od wewnątrz, zmieniając przytem ciągle igły. *Dr Adolf Klęsk.*

Joachimsthal i Cassirer. **Przewężenia kończyn postronkami owodni łącznie ze stopą końsko-szpotawą i porażenia obwodowych nerwów przez te przewężenia.** (*Deutsche medicinische Wochenschrift* Nr. 31, 1905). W pracy tej, wypowiadzianej jako odczyt w berlińskiem Towarzystwie chirurgicznem, zajmują się autorowie przewężeniami, wywołanemi na kończynach przez taśmy i powrózki owodni. Przewężenia te u 2 przedstawionych chorych znajdowały się na granicy środkowej i dolnej części lewej goleni, a w drugim przypadku w podobnem miejscu ramienia prawego. W obu przypadkach mieli chorzy oprócz tego jednostronną stopę końskoszpotawą. Chora z przewężeniem na ramieniu miała nadto porażenie nerwu promieniowego (bez porażenia mięśnia trójgłowego) i porażenie nerwu łokciowego, a mianowicie jego gałązek ręcznych. Łączność przewężeń z chorobowem ustawieniem stopy przemawia za powstawaniem tego ułożenia wskutek zrostów owodni.

Częściowe porażenia nerwów na ramieniu odnoszą autorowie do ucisku bezpośredniego (co do nerwu promieniowego), częścią zaś do ucisku (co do nerwu łokciowego) w okolicy stawu nadgarstkowego wskutek trwałego ustawienia w nadmiernem zgięciu ręki. Na temże posiedzeniu przedstawił Selberg również 2 chorych z przewężeniami podobnemi i stopą końskoszpotawą. Wobec tego Hoffa zwraca uwagę, że przewężenia te, jak widać, powstają stale w typowych miejscach, zależą więc pewnie od jakichś czynników rozwojowych, których nie znamy jeszcze. *Dr. Adolf Klęsk.*

Bier. **Obecny stan znieczulenia lędźwiowego, jego uprawnienie, zalety i wady w porównaniu z innymi sposobami znieczulania.** (*Arch. f. klin. Chirurg.* t. 77, z. 1., 1905). Dążeniem autora i innych przez 4 lata (odkąd po raz pierwszy zdał sprawę o znieczuleniu lędźwiowem) było wynaleść środek, mniej trująco działający niż kokaina. Środkiem takim zdaje się, jest stowaina, zwłaszcza w połączeniu z przetworami nadnercza. Stosował ją autor w 102 przypadkach, przyczem w 7 tylko zauważył wymioty, a raz lekki zapad. Ból głowy w 10 przypadkach trwał około 2 dni. Dawniej wstrzykiwał autor ½ cm.³ kupnego roztworu suprareniny, adrenaliny lub paranefryny, a potem dopiero w 5 minut kokainę. Obecnie wstrzykuje jednak o wiele mniejsze dawki przetworu nadnercza, równocześnie ze środkiem znieczulającym. Przypadków operowanych w tem znieczuleniu nalicza autor 305. Przetwory nadnercza ograniczają działanie trujące kokainy; rzadko występują dreszcze i resorbcya jest znacznie zwolnioną. Znieczulenie lędźwiowe uważa Bier za bezwzględnie wskazane: 1) u starych ludzi osłabionych i wyniszczonych; 2) w operacyach na placu boju; 3) w doświadczeniach fizyologicznych tak na zwierzętach, jak i ludziach (chorzy mogą bowiem podawać swe wrażenie i uczucie, co dla fizyologii i patologii nerwów ogromne ma znaczenie); 4) w weterynaryi. Dawniej w około 10% przypadków znieczulenie autora zawodziło; obecnie, w miarę wprawy, doświadczenia i unikania drobnych usterek, znieczulenie zawodzi zaledwie w 2½%. Chorzy przenoszą znieczulenie po nad uśpienie ogólne. Znieczulenie lędźwiowe usuwa też zupełnie występowanie wstrząsu nerwowego, nie ustępuje więc i tutaj miejsca uśpieniu ogólnemu. *Dr. A. Klęsk.*

Madelung. **Pooperacyjne wypadanie trzew jamy brzusznej.** (*Archiv f. klin. Chir.*, T. 77, Zeszyt 2, 1905). Autor zebrał 157 przypadków pooperacyjnego wypadnięcia trzew jamy brzusznej. Wypadnięcie to zdarzało się najlepszym chirurgom przy zupełnie dobrze i bez przeszkód zakładanym szwie powłok na głucho, nieraz tylko po nacięciach próbnych, przy których treść jamy brzusznej zupełnie nie została zmniejszoną, jak niemniej i po usunięciu olbrzymich guzów, tak u osobników młodych, jak i starszych. Wypadnięcie zdarzyło się u 118 kobiet i u 25 mężczyzn. Przeważało przy operacyach, wykonywanych u kobiet i w dole brzucha w miednicy małej. Po cięciach powyżej pępka zdarzyło się wypadnięcie zaledwo 16 razy. Cięcia boczne usposabiają mniej do wypadnięcia, niż cięcia w linii środkowej. Kilkakrotne otwieranie jamy brzusznej usposabia do wypadnięcia. Czasem wypadnięcie wydarza się obok cięcia powłok, co jednak należy do wielkich rzadkości. Wypadnięcie nastąpić może tak przy gojeniu się ran przez rychlozrost, jak i przy ropieniu powłok i to w różnym czasie; krytyczne są jednak 8 i 9 dzień po operacyi. Czasem pękają późno po operacyi blizny. Przyczyny czasem są widoczne, czasem znów wypadnięcie wydarza się jakby bez powodu, chorzy nic nawet o niem nie wiedzą i lekarz znajduje wypadnięcie przypadkowo przy opatrunku. Najczęściej jednak powstaje wypadnięcie przy kaszlu, kichnięciu, napieraniu na stolec, podnoszeniu ciężaru, wyskakiwaniu z wozu, wstawaniu z łóżka, wymiotach i t. d. Chorzy często nie odczuwają przytem bólu, zauważają tylko, że im coś miękkiego, wilgotnego i ciepłego wypadło na uda. Wstrząs przytem zdarza się rzadko, i. rzecz dziwna, mimo dłuższego przebywania trzew poza obrębem jamy brzusznej zakażenie należy tu do rzadkości. Lekarze na wsi nieraz poprostu odprowadzali wypadnięcie, często bez oczyszczenia jelit; mimoto zapalenie otrzewnej nie nastąpiło. Najczęściej wypada jelito cienkie, potem sieć, jelito grube, żołądek, wątroba, macica, jajnik i pęcherz moczowy wypełniony. Uwięźnięcie wypadłych części w ranie zdarza się rzadziej. Co do szwu i materyału do szycia, to wypadnięcie zdarzało się tak przy szwach pojedynczych, jak i ciągłych, tak przy szyciu katgutem, jedwabiem, jak i drutem, w jednem, dwóch, i kilku piętrach. Czasem wypadnięcie powstaje przy lub zaraz po wyjęciu szwów. Wypadnięcie wytwarza się też obok tamponu, niedokładnie założonego do jamy brzusznej. Usposabiają do wypadnięcia za grube lub naodwrót za cienkie powłoki. Czasem wywołuje wypadnięcie krwawienie między zeszytemi warstwami. Części wypadnięte jedni po oczyszczeniu odprowadzają i szyją powłoki na głucho, inni natomiast pozostawiają wypadnięte części, zawinąwszy je w mokre kompresy i zakładają opatrunek uciskowy. Następowo szyją potem powłoki lub nawet pozostawiają ranę swemu losowi. Ze wspomnianych wyżej przypadków nastąpiła śmierć w 29 jako skutek wypadnięcia; w 11 przyczyną śmierci było ogólne zapalenie otrzewnej. Śmiertelność wynosi 22·3 prc., jest więc dość wysoka; powinniśmy też na pooperacyjne wypadanie trzew większą, niż dotąd, zwracać uwagę. *Dr. Adolf Klęsk.*

Küster. **Przypadek miejscowego tężca, wstrzykiwania antytoksyny w pnie nerwowe; wyleczenie.** (*Archiv für klin. Chir.*, T. 77, Z. 2, 1905). Meyer i Ransom dowiedli, że jad tężca przenosi się z obwodu li tylko przez włókna osiowe nerwów, a czas wylęgania zużyty bywa głównie właśnie na wędrówkę jadu z nerwów do ośrodków rdzeniowych. Ośrodki rdzeniowe przez oddzielenie ich od doprowadzającego nerwu z pomocą antytoksyny można ochronić od działania jadu tężcowego. Autor potwierdził to zapatrywanie na swoim przypadku, a podobnie Roger uratował chorego, wstrzykując mu do nerwów i rdzenia antytoksynę. W przypadku autora zarządca laboratoryum Behringa, który już dawniej przebył 2 razy lżejszy tężec (leczony surowicą), stłukł w ręce kolbkę szklaną z żywotną hodowlą tężca. Po 6 dniach wylęgania powstały bole w ramieniu, potem w całem ciele, łącznie z napięciem mięśni kończyny i szyi. Liczne wstrzykiwania podskórne antytoksyny, stosowane zaraz po wypadku, były bez skutku. W chwili przyjęcia chorego na klinikę była sztywność mięśni, karku, szyi i szczęk, a nawet trudności w połykaniu. Autor (8 dnia po wypadku) przystąpił zaraz do operacyi, odsłonił nerwy kończyny górnej i splot barkowy powyżej obojczyka i wstrzyknął do nerwów około 10 cm. surowicy. Już w kilka godzin ustąpiło bolesne napięcie mięśni; wyzdrowienie nastąpiło jednak dopiero po długim czasie, po przebyciu bolesnego zapalenia mięśni, którego pozostałością było częściowe zesztywnienie stawu łokciowego i zanik mięśni kończyny. Nawet takie skutki nie powinny jednak odstraszać od zabiegu, ratującego przecież życie chorego. *Dr. Adolf Klęsk.*

OKULISTYKA. H. Frenkel. **Czy bywa nierówność źrenic u ludzi zupełnie zdrowych?** (*Odbitka z »Gazety Lekarskiej«*, 1905). Autor wykazuje na podstawie szeregu własnych spostrzeżeń istnienie wrodzonej nierówności źrenic, którą nazywa anizokoryą morfologiczną i którą uważa za taką samą nieprawidłowość, jak n. p. nierówność obu małżowin usznych. Polemizuje on z zapatrywaniami Bychowskiego i Schaumanna, którzy twierdzą, że w każdym przypadku nierówności źrenic, jeśli tylko badamy dosyć dokładnie, można wykazać patologiczną przyczynę, czyto zwężenia jednej ze źrenic, czy rozszerzenia drugiej. Frenkel, powołując się na swe dawniejsze prace i na przypadki od szeregu lat spostrzegane, w których tła dla anizokoryi zgoła wykazać nie można i w których nierówność źrenic latami utrzymuje się bez zmiany przy stale kwitnącym stanie zdrowia ogólnego, wyraża przekonanie, że o istnieniu anizokoryi morfologicznej nie można powątpiewać i trzeba się liczyć z jej możliwością w dyagnostyce chorób wewnętrznych i nerwowych. *K. W. Majewski.*

W. Stein. **O jednostronnej zaćmie warstwowej.** (*Beiträge zur Augenheilkunde*, 1905. Zeszyt 63). Wiadomo, że za najczęstszą przyczynę powstania zaćmy warstwowej (*cataracta zonularis vel perinuclearis*) zostały powszechnie uznane drgawki, występujące w dziecięcym wieku z jakichkolwiek zresztą powodów (*cranio-tabes*, *tetania*, nieprawidłowe ząbkowanie, *helminthiasis* i t. d.); skurcze przewlekłe ciałka rzęskowego, towarzyszące drgawkom ogólnym, przesuwają poszczególne warstwy soczewki względem siebie i dają początek zaćmieniu części przyjądrowych (Arlt). W ten sposób powstająca zaćma warstwowa występuje prawie bez wyjątku obustronnie. Zdarzają się jednak przypadki, gdzie zaćmienie warstwowe soczewki jest następstwem innych przyczyn, n. p. skaleczenie, uraz tępy, przebicie wrzodu rogówkowego i t. d. Pięć takich spostrzeżeń opisuje Stein: z natury rzeczy w przypadkach tych, gdzie uraz, względnie wrzód był powodem częściowego zaćmienia soczewki, zaćmienie to ograniczało się tylko do jednego oka. W jednym atoli przypadku nie można było dla zaćmy warstwowej wykazać innej przyczyny, jak tylko drgawki, które towarzyszyły utrudnionemu ząbkowaniu. Okoliczność, że w takich warunkach zaćma warstwowa powstała tylko na jednem oku, nakazuje przypadek ten zaliczyć do bardzo rzadkich zjawisk klinicznych. *K. W. Majewski.*

Richter. **Przypadek czyraka mięska łzowego.** (*Beiträge zur Augenheilkunde*, 1905, Zeszyt 63). Mięsko łzowe jest małą wysepką skóry wśród spojówki, wyściełającej kącik wewnętrzny oka; posiada delikatne włoski, gruczoły łojowe, a wedle niektórych autorów także i gruczoły potne, które Eeslin uważa jednak za zmienione dodatkowo gruczoły łzowe. Bądź co bądź mięsko łzowe dzięki swej histologicznej budowie może stać się siedzibą spraw chorobowych właściwych skórze. Autor opisuje przypadek typowego czyraka, usadowionego na mięsku łzowem, u czeladnika stolarskiego,

który miał sobie oko to poprzednio zatrzeć wiórem drzewa. Pod wpływem okładów z płynu Burowa czyrak, po wydzieleniu ropy i obumarłej tkanki, gładko się wygoił. Badanie bakteryologiczne wykazało obecność w ropie paciorkowców, gronkowców, oraz prątków kserozy. Szczepienia na pożywkach wydały tylko czyste hodowle paciorkowców. *K. W. Majewski.*

Coopman. **Ścisk powiek wywołany prawdopodobnie przez ząbkowanie fizyologiczne.** (*La Clinique Ophtalmologique* 1905, Nr. 14). Autor opisuje przypadek uporczywego ścisku powiek u 3-letniego dziecka. Najdokładniejsze badanie nie mogło zrazu wykazać żadnej przyczyny ani miejscowej, ani ogólnej. Leczenie nie odnosiło żadnego skutku. Dopiero gdy po kilku dniach zaczął się w szczęce dolnej po stronie prawej wyrzynać wśród dość znacznego obrzmienia i bolesności dziąsła nowy ząb trzonowy, dziecko po raz pierwszy otworzyło powieki, od szeregu dni z wielką siłą zaciśnięte. Potem jeszcze skurcz powiek kilkakrotnie na coraz to krótszy przeciąg czasu powracał, aż wreszcie, gdy korona zęba po przecięciu dziąsła się wydobyła, ustąpił zupełnie. *K. W. Majewski.*

Torson. **O kilakach rogówki.** (*Archives d'Ophtalmologique* T. XXV, 1905, Nr. 5). Autor spostrzegał przypadek typowego kilaka rogówki u 22-letniej dziewczyny, którą kilka lat przedtem leczył z powodu miąższowego zapalenia rogówki na temsamem oku. Kilak przedstawiał się jako guzek, usadowiony w miąższu rogówkowym, wystający ponad jej przednią i tylną powierzchnię, barwy szaro-żółtawej. Towarzyszyło mu silne zapalenie plastyczne tęczówki i nacieczenie w okolicy kącika rogówkowo-tęczówkowego. Pod wpływem miąższowych zastrzyknięć kalomelu kilak uległ wessaniu z pozostawieniem nieznacznej plamki, a zapalenie tęczówki również ustąpiło. *K. W. Majewski.*

Kirchner. **O dodatnich stronach leczenia raka powieki zapomocą radu.** (*La Clin. Ophtalmologique* 1905, Nr. 15 i 16). Autor zwraca uwagę, że operacye plastyczne, wykonywane w celu usunięcia drobnych nawet owrzodzeń rakowych na powiekach, pozostawiają z powodu koniecznego przeszczepiania dużych nawet płatów skórnych z czoła, nosa lub policzka znaczne i szpecące blizny. Leczenie nowotworów złośliwych na powiekach zapomocą promieni Becquerela, jakkolwiek o trwałości jego skutków zawcześnie jeszcze na sąd stanowczy, ma tę niezaprzeczoną wyższość nad zabiegami krwawymi, że przywraca skórze w miejscu, które zajmował nowotwór, wejrzenie, bardzo podobne do prawidłowego, powstaje bowiem blizna cienka, gładka, miękka, przesuwalna i nie odcinająca się ostro od otoczenia. Przy zachowaniu odpowiednich ostrożności można działać na nacieki nowotworowe, zajmujące powieki zarówno od strony skóry, jak i od strony spojówki. Gałka oczna i jej głębsze części przy umiejętnem stosowaniu radu nie są narażone na żadne niebezpieczeństwa. Owrzodzenia i nacieki na spojówce znikają pod wpływem radioterapii, częstokroć bez pozostawienia jakichkolwiek widocznych blizn. Autor stosuje jeden miligram bromku radu, zawarty w miniaturowej puszce cynowej, wylanej ołowiem. Jedną ściankę tej puszki stanowi cienka płytka miki, która pochłania stosunkowo małą część promieni Becquerela. *K. W. Majewski.*

Abadie i Cuneo. **Anastomoza VII i XI-tej pary nerwów w przypadku uporczywego ścisku powiek.** (*Archives d'Ophtalmologie* Tom XXV, 1905. Nr. 4). W przypadkach wyjątkowo uporczywego ścisku powiek wykonywano już niejednokrotnie, gdy inne sposoby leczenia zawodziły, przecięcie nerwu twarzowego z następową anastomozą tegoż nerwu bądźto z nerwem dodatkowym Wilizyusza, bądź też z nerwem podjęzykowym (Kennedy, Cushing, Glück, Körte). Odzyskanie ruchomości powiek i policzka należy w tych przypadkach do reguły głównie z tego powodu, że anastomozę wykonywa się nie po dłuższem trwaniu porażenia, ale natychmiast po przecięciu nerwu. Autorowie wykonali u starszej kobiety z powodu ścisku powiek oka prawego, trwającego od lat 15, przecięcie nerwu twarzowego i wszycie go do pnia nerwu XI-tej pary. Energiczny zabieg wskazany był choćby dlatego, że nieustanny ścisk powiek trzymał w zamknięciu jedyne oko dobrze widzące, drugie bowiem z powodu wrodzonego niedowidzenia rozróżniało zaledwie palce na odległość 1 m. Wynik operacyi był bardzo pomyślny. Ścisk powiek oczywiście natychmiast ustąpił, a ruchy powiek i mięśni prawej strony twarzy w ciągu dwóch miesięcy powróciły. Ruchy te pozostawały z początku w ścisłem skojarzeniu z ruchami prawego barku, później odzyskały jednak większą samodzielność. Niepowrotnie utraciła tylko chora zdolność do ruchów mimicznych. Autorowie nie radzą wykonywać anastomozy nerwu twarzowego z podjęzykowym z powodu niebezpieczeństwa połowiczego zaniku języka; sądzą zaś, że bliskie sąsiedztwo ośrodków tych dwu nerwów nie ułatwia bynajmniej przejścia czynności jednego z nich na drugi. *K. W. Majewski.*

DERMATOLOGIA I SYFILIDOLOGIA. Lifschütz. **O wydzielaniu jodu po wielkich dawkach jodku potasowego i po naskórnem zastosowaniu niektórych przetworów jodu.** (*Archiv f. Derm. und Syph.* T. 75, Zeszyt 2—3). Wyniki autorki są w streszczeniu następujące: 1) Wydzielanie się moczem jodku potasowego, podanego wewnętrznie, zależy w bardzo znacznym stopniu od indywidualnych właściwości tego, któremu lek podano. Zawsze jednak pozostaje w ustroju (a raczej — nie daje się wykryć w moczu) około 20—35 prc.; z kałem wydziela się bardzo mało. Wydzielanie moczem odbywa się z przerwami i może trwać od 3 dni aż do kilku tygodni, zależnie od długości całego leczenia, ale także i od indywidualności chorego. Jodzica może się pojawić pomimo tego, że wydzielanie moczem odbywa się prawidłowo. 2) Po naskórnem zastosowaniu jodipiny, bądź w postaci pędzlowań samej jodipiny, bądź też smarowania maścią (jodipina pół-napół z waseliną) tylko raz stwierdziła autorka drobną ilość jodu w moczu; chociaż miejsca posmarowane pokryte były warstwą tkaniny nieprzepuszczalnej, nie nastąpiło przeto wessanie jodu przez skórę. 3) Po naskórnem zastosowaniu jodwasogenu jod wtedy tylko wydziela się z moczem, jeżeli w zastosowanym leku znajdował się wolny jod. 4) Po naskórnem zastosowaniu jothionu wydziela się moczem mało jodu, szczególnie jeżeli zaniedbano opatrunku ochronnego. Zwiększenie ilości zastosowanego jothionu wywołuje niemal proporcyonalne zwiększenie się ilości jodu, wydzielanego moczem. Przez skórę moszen dostaje się jod z jothionu łatwiej do ustroju, niż przez skórę innych okolic ciała. (Wesenberg na podstawie liczb, podanych przez samą autorkę, wywodzi, że mylnie uważa ona ilość jodu, wydzieloną po zastosowaniu jothionu, za „małą“, ponieważ w jej doświadczeniach ilość ta wynosiła według jej własnych, zbyt nizkich obliczeń, średnio 33·5 prc., a w niektórych dochodziła do 53·5 prc). *B.*

Saalfeld. **Leczenie przedwczesnego wypadania włosów.** (*Therap. Monats.*, kwiecień, 1905). Ważną bardzo dla leczenia rzeczą jest wczesne rozpoznanie tego cierpienia. Z ilości wypadających codziennie przy czesaniu włosów nie można mieć pewnych wskazówek rozpoznawczych, gdyż już fizyologiczne wypadanie włosów u różnych osobników bywa rozmaite. Początek przedwczesnego wypadania włosów polega głównie na skracaniu się, a po pewnym czasie i nieczesaniu się włosów. Najpewniej o początku tego cierpienia przekonać się można, zbierając przez kilka dni wyczesywane włosy i oddzielając (przy długich kobiecych włosach) włosy dłuższe ponad 16 cm. od krótszych. Jeżeli ilość krótszych włosów wynosi trzecią część wypadniętych włosów, to już stan ten nie jest prawidłowym. Przy krótko strzyżonych włosach oddziela się wypadnięte włosy tępe na końcach, ścięte nożyczkami, od ostro zakończonych; ilość włosów ostro zakończonych nie powinna w fizyologicznych warunkach przenosić piątej części ogólnej liczby wypadniętych włosów. Pomiędzy przyczynami przedwczesnego wypadania włosów ważną rolę odgrywa dziedziczność. Wpływ dziedziczności znajduje wytłómaczenie w stosunkach anatomicznych skóry głowy do kości czaszki i w ukształtowaniu czaszki. Napięcie skóry, spowodowane odziedziczonym i silniejszym rozwojem mięśni, pokrywających czaszkę, wywołuje słabszy dopływ krwi do tkanki, otaczającej korzenie włosowe, a zarazem gorsze odżywienie włosów, które ujemnie musi działać na ich siłę żywotną i wzrost. Najczęstszą jednak przyczyną jest łojotok oleisty i suchy. Dlaczego łojotok wywołuje wypadanie włosów, to tłómaczy się tem, że wskutek nadmiernego wytwarzania się komórek naskórka i nagromadzenia się ich w gruczołach łojowych przywłośnych powstaje rozluźnienie związku między komórkami gruczołowemi, a pochwą korzenia włosowego. Wskutek tego więc, im bardziej gruczoły przywłośne pracują, to jest wydzielają łuski naskórkowe i łój, jak się to dzieje przy łojotoku, tem porost włosów staje się rzadszym i słabszym. Badając włosy w stanie prawidłowym i przy przedwczesnem wyłysieniu przekonał się autor, że łupież głowy, który również wywołuje wypadanie włosów, nietylko może być skutkiem łojotoku, ale również może być przy braku tłuszczu włosowego wywołany przez nadmierne rogowacenie i złuszczanie się komórek naskórkowych. W leczeniu nadmiernego wypadania włosów stosował autor, uwzględniając jego przyczyny, u 60 chorych tannobrominę obok kwasu salicylowego i przetworów siarkowych i w większości przypadków przy pomocy tych środków, a głównie tannobrominy powiodło mu się powstrzymać postęp wypadania włosów i przywrócić prawidłowy porost. *Stopczański.*

Bernhardt. **Ograniczone porażenie w zakresie nerwu mięśniowo-skórnego wśród przebiegu rzeżączki.** (*Berliner klin. Wochs.* 1905, 35). Autor opisuje przypadek rzeżączki, powikłanej zapaleniem przyjądrza i ropieniem gruczołu w pachwinie, w przebiegu której wystąpiły bole, chwilami nawet nasilone, wzdłuż kończyny górnej prawej od pachy aż do palców. Równocześnie wykazano upośledzenie w czuciu na wewnętrznej stronie przedramienia

prawego, a po pewnym czasie wychudnienie i ubytek sił w tejże kończynie; ruchy w stawach były zupełnie prawidłowe i niebolesne. Na mocy tych objawów autor rozpoznał zapalenie nerwu mięśniowo-skórnego (mononeuritis n. musculo-cutanei) na tle ograniczonego zakażenia rzeżączkowego, — bez zmian w mięśniach i stawach, które nie należą do rzadkości w tej chorobie. *Krzysztalowicz.*

H. Bonhoff. **Krętek ospowy** (spirochaete vaccinae). (*Berl. klin. Wochs.* 1905, 36). Autor opisuje znalezione przez siebie twory w krostach ospowych cieląt i ludzi. Przy barwieniu metodą Giemsy (azur-eozyna) spostrzegał w preparatach z roztartej ropy twory, zachowujące się jak świdrowce (trypanosoma); obok tych jednak krętki (spirochaete) i pasorzyty, podobne do prątków przecinkowatych (Kommabacillus), leżących pojedynczo lub ułożonych w literę S lub liczbę 3, a wreszcie w postaci trójkątnej z wypustkami. Te ostatnie właśnie uważa za postać główną i właściwą, sądzi jednak zarazem, że przecinki stanowią postać do ostatniej zbliżoną, a tylko bardzo drobną. Wszystkie te postacie znajdował także w skrawkach histologicznych krost ospowych i wszystkie są dla autora jednym i tym samym pasorzytem, a tylko różnie ułożonym tak, że krętki uważa za łańcuch tworów przecinkowych. Wielkość tych pasorzytów jest nader różna: przecinkowe mają długości 1 μ, a szerokość w najgrubszem miejscu wynosi zaledwo $\frac{1}{2}$ μ. Trójkątne dochodzą do grubości $1\frac{1}{2}$ μ, a $2\frac{1}{2}$ długości, podczas gdy wypustki wahają między 2—4 μ. W preparatach świeżych niebarwionych zauważył B. bardzo wyraźną ruchomość tworów, a ruchy te przypominały ruchy, spostrzegane u świdrowców; w postaciach trójkątnych spostrzegał błonę falującą i witki. Autor uważa zatem znalezione przez siebie pasorzyty za krętki, a względnie świdrowce i za najprawdopodobniejszą przyczynę ospy. Wreszcie dodaje, że postacią zbliżają się najwięcej do ciałek Leibmanna i do tworów znalezionych we wściekliźnie przez Negriego. *Krzysztalowicz.*

MEDYCYNA TEORETYCZNA. Mayer L. F. **O wydzielaniu acetonu w moczu w przebiegu chorób zakaźnych u dzieci.** (*Jahrbuch für Kinderheilkunde*, Tom 61, str. 38). Badanie moczu w przebiegu błonicy, płonicy i odry wykrywało często aceton, kwas acetooctowy i kwas oksymasłowy. Ciała acetonowe powstają w przebiegu tych chorób na tle braku węglowodanów i znikają z chwilą doprowadzenia ich w większej ilości przez przewód pokarmowy. Podawanie tłuszczów zwiększa ilość acetonu. Pojawianie się większej ilości kwasu oksymasłowego jest wyrazem silniejszego zaburzenia w utlenieniu, aniżeli przy zjawianiu się kwasu acetooctowego i acetonu. Ponieważ wydzielanie ciał acetonowych w przebiegu chorób zakaźnych odpowiada ogólnie przyjętym zasadom o wydzielaniu się ciał acetonowych, nie uważa autor tego zjawiska za objaw swoisty dla niektórych chorób zakaźnych. *Gertler.*

Salge B. **Uodpornienie zapomocą mleka.** (*Jb. f. Kinderheilkunde*, T. 60, str. 486). Kozę uodporniono przeciw błonicy w ten sposób, że mleko zawierało pewną oznaczoną ilość niweczników. Zapomocą mleka niegotowanego, pochodzącego z tej kozy, odżywiano szereg oseskówi po upływie pewnego czasu oznaczano ilość niweczników, zawartych w osoczu krwi. Zupełnie podobne doświadczenia wykonał autor z mlekiem kóz, uodpornionych prątkiem durowym. Badanie surowicy krwi karmionych tem mlekiem oseskòw nie stwierdziło powiększenia odpowiednich niweczników tak, że autor wysnuwa wniosek, iż karmienie oseskòw mlekiem zwierząt, uodpornionych pewnym drobnoustrojem, nie powiększa ilości niweczników dla odpowiednich drobnoustrojów. *Gertler.*

Piery i Mandonl. **Wielopostaciowość lasecznika Kocha w wydzielinach gruźliczych.** (*Compt. rend. de la Soc. de biol.*, 1904, Nr. 36). Na rozmaitych pożywkach dostrzegano różne postacie lasecznika gruźliczego i tak ziarenkowce, rozgałęzione, wachlarzykowate, a nadto postać paciorkowatą (*moniliformis*). Zupełnie podobne kształty znajdują się w plwocinach gruźliczych i nad niemi pracowali autorowie. Odróżniają oni 4 główne postacie i 2 podrzędne. Pierwszą główną postać stanowią laseczniki jednolite, a drugą ziarniste, ułożone w postaci łańcuszków i paciorkowców, i dlatego ten rodzaj nazywają autorowie paciorkowatym (*moniliformis*). Obydwa główne rodzaje mogą pojawiać się w postaci długich lub krótkich laseczników, albo długich i krótkich paciorkowatych kształtów. Postać paciorkowata ma powstawać w ten sposób, że każdy lasecznik zawiera szereg ziarenek chromatynowych, otoczonych warstwą, nieco odmiennie się barwiącą. Jeżeli warstwa zewnętrzna tak samo się zabarwi, jak ziarenka, otrzymujemy postać jednolitą prątka, jeśli zaś słabiej, otrzymujemy postać paciorkowatą. *Gertler.*

A. Bickel. **O napięciu powierzchni cieczy ustroju w warunkach fizyologicznych i patologicznych.** (*Deutsche med. Wochs.*, 1905, Nr. 28). Sprawozdanie z badań, wykonanych przez pannę Kascher. Napięcie powierzchni płynów (*Oberflächenspannung*) określane było sposobem Traubego zapomocą stalagmometru. Sposób Traubego na tem polega, iż badaną cieczą napełnia się rurkę szklaną określonej pojemności, z której ciecz badana kroplami wypływa. Określa się liczbę kropel i porównywa się ją z liczbą kropel wody przekroplonej, wypływającej z tejże rurki, która to liczba uważana jest za jednostkę. Liczba kropel wskazuje napięcie powierzchni danego płynu: im więcej kropel, tem napięcie powierzchni płynu jest mniejsze. Krew psów i królików, zarówno krew nieskrzepła, jak i surowica krwi, posiadają mniej więcej jednakowe napięcie powierzchni, dość jednostajne. Napięcie to jednak zmniejsza się, jeśli wywołać u psów i królików mocznicę, bądźto przez wycięcie obydwu nerek, bądźto przez wstrzykiwanie podskórne azotanu uranowego (u królików). Sok tkankowy, wyciśnięty z mięśni zwierzęcia, któremu wypuszczono krew, ma napięcie powierzchni znacznie mniejsze od krwi. Sok żołądkowy i trzustkowy, otrzymane sposobem Pawłowa, a więc w stanie czystym, mają również mniejsze napięcie powierzchni, niż krew; przytem wielkość tego napięcia waha się w pewnych granicach. Napięcie soku żołądkowego mniejsze, niż w warunkach prawidłowych, jest w ostrym nieżycie żołądka, wywołanym przez przyżeganie błony śluzowej azotanem srebrowym. *A. Wrzosek.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Działanie pyrenolu w grypie i pokrewnych chorobach badali w ostatnich czasach Steiner (*Fortschritte der Medizin* 1905, 15), Winterberg (*Wiener klin. Rundschau* 1905, 5) Prof. Maramaldi (*Giorn. intern. delle scienze med.* 1905, 5) i prof. Fasano (*Archivio di med. e chir.* 1905, 5). W grypie ma być pyrenol szczególnie wskazany, gdyż jest to choroba, w której działanie jego objawia się najwybitniej. Nawet najcięższe, powikłane zapaleniem płuc przypadki przebiegają przy podawaniu pyrenolu bez żadnego innego leczenia pomyślnie. Spostrzeżenia, dokonane na chorych szpitalnych, zdają się świadczyć na korzyść pyrenolu szczególnie dlatego, że oprócz innych leczniczych skutków wpływa on wzmacniająco i podniecająco na serce, mając zapobiegać przez to zapadowi w toku grypowego zapalenia płuc; dalej, że będąc lekiem wykrztuśnym, zmniejsza on równocześnie wydzielinę, a jako lek przeciwgorączkowy nie działa zbyt nagle, nie wywołuje potów i osłabienia, lecz sprawia stopniowy, łagodny spadek gorączki. Sposób podawania pyrenolu jest łatwy: stosownie do wrażliwości chorego można podać roczczyn czysty lub ze środkami, poprawiającymi smak, lub też kołaczyki, cena zaś nie jest wysoką (1 mk. za 20 kołacz.). Na główne objawy grypy: bóle, gorączkę i kaszel wpływać ma pyrenol skutecznie przez zawarty w nim thymylester kwasu będźwinowego i kwas benzoylo-salicylowy; nadto produkta wydzielnicze pyrenolu działają odkażająco w przewodzie pokarmowym i drogach moczowych. Dawka pyrenolu zależy od ciężkości przypadku i poszczególnych objawów. Chcąc uśmierzać gorączkę, podaje się co trzy godziny półgramowy kołaczyk, co wystarcza, by ciepłota stale się obniżyła, przyczem tętno nie przekracza 80—90 uderzeń. Wobec kaszlu i trudnego wykrztuszania zaleca się po 0,5 gr. kołaczyku co 4 godziny. Natomiast dla ukojenia bólów potrzeba dawek większych, a rzadszych, 3—4—5 razy dnia po 1·0 w kołaczykach lub w roztworze 10: 200 z dodatkiem olejku miętowego lub syrupu malinowego. Wreszcie można też dodawać pyrenol do kawy lub mleka, które muszą jednak być studzone, bo ester kwasu będźwinowego ulatnia się w wyższej ciepłocie. Największym zwolennikiem pyrenolu, wyrabianego przez instytut chemiczny Dra Horowitza w Berlinie, jest Winterberg, według którego lek ten ma być najskuteczniejszym obecnie środkiem w grypie i pokrewnych sprawach. *Hr.*

Maltoferyna należy do szczęśliwie pomyślanych przetworów żelaza, skombinowanego z fosforem, maltozą i ciałami białkowatemi. Według Kabrhela zawiera 4·99 żelaza, 3·34 fosforu, 22·87 prc. maltozy i 13·96 ciał białkowatych. Są to pierwiastki, znakomicie wpływające na odnowę krwi, skrzepiające układ nerwowy i podnoszące stopę ogólnego odżywienia ustroju. Maltoferyna jest proszkiem żółtawej barwy, miłego smaku i słodowego zapachu; łatwo rozpuszcza się w wodzie, mleku, kawie, herbacie, zupie, co znakomicie ułatwia jej stosowanie; nie posiada żadnych ubocznych a ujemnych wpływów na inne narządy, w szczególności na przewód pokarmowy, który lek ten wyśmienicie znosi. Maltoferynę najlepiej zapisywać w proszkach (20·0 na 20 proszków, używać 3—4 proszków dziennie), albo w pigułkach (10·0 z odpowiednią ilością syropu i proszku obojętnego na 60—90 pigułek, używać 6—9 pigułek dziennie). Maltoferyna znakomicie wpływa na podkopane odżywienie u dzieci, szczególnie krzywiczych; wewnętrzne leczenie maltoferyną u dzieci

korzystnie wspierają słodowe kąpiele z „malto“, 1 do 3 klgr. na kąpiel. Maltoferynę wyrabia fabryka czeska Dra Rejthárka w Král. Městci. *Hekim.*

Wartość leczniczą teofiliny rozpatruje na zasadzie statystyki, obejmującej 855 przypadków, Sommer z Mannheimu (*Therap. Monatschr.* 1905, 6). Statystykę tę zebrał on jednak z odpowiedzi na kwestyonaryusz, rozesłany między lekarzy przez fabrykę Boehringera, nie jestto więc materyał jednolity. Większość zapytywanych lekarzy wyraża się o teofilinie korzystnie, aczkolwiek zdarzają się przypadki, w których lek ten wywiera niemiłe skutki uboczne. Teofilina działała moczopędnie dobrze, a nieraz wywierała skutek i tam, gdzie inne pokrewne leki już zawiodły; wskazaną jest wobec puchliny w toku wad sercowych i przewlekłego zapalenia nerek. Skutki uboczne teofiliny objawiają się w postaci zaburzeń trawienia i zboczeń nerwowych; przez stosowny dobór przypadków i dawek leku można jednak, zdaniem Sommera, złym skutkom zapobiedz. Dwa przypadki śmierci, spostrzegane po teofilinie, nie były, zdaniem Sommera, w związku z podaniem tego leku; w jednym bowiem z nich, u 16-letniego młodzieńca, należy za przyczynę śmierci uważać bardzo ciężką sprawę w nerkach samą przez się, drugi zaś przypadek dotyczył 76-letniego starca. Teofilinę można łączyć z naparstnicą lub gorzykwiatem, przez co jeszcze więcej zmniejsza się niebezpieczeństwo złych skutków ubocznych. *Zł.*

Kolargolem miał wyleczyć Weissmann już dawniej (*Ärztl. Rundschau* 1905, 15) 9 przypadków zakażeń połogowych i 1 zapalenie otrzewnej, po skrobance powstałe. Obecnie, zestawiając 50 prac o kolargolu, przytacza W. 24 dalszych własnych spostrzeżeń (*Therap. Monatshefte* 1905, 8). Z tych było 8 przypadków zapalenia naczyń limfatycznych po skaleczeniach i ukłuciach owadów i 3 przypadki róży, wszystkie wyleczone w 2—6 dniach zapomocą maści Credego. Z 4 ropowic jedna skończyła się mimo leczenia śmiercią, 3 zaś wyleczeniem, jednakże oprócz maści Credego użyto w nich leczenia chirurgicznego. Zakażeń połogowych leczył W. kolargolem 5; z nich 3 skończyły się śmiercią, zdaniem W. dlatego, że otoczenie chorych nie zgodziło się dość wcześnie na wstrzyknięcie kolargolu do żył; z 2 wyleczonych używano raz takich wstrzyknięć, a raz maści Credego (50 gr.). Na resztę spostrzeżeń W. złożyły się: czyraki, zakaźne zapalenie skóry i zapalenie gruczołów limfat., wszystkie wyleczone kolargolem. *H.*

Novargan w postaci codziennych wkraplań $^1/_2$ cm. sz. 15 prc. roztworu poleca Lucke (*Monatschr. f. Harnk. und sex. Hyg.* 1905, 7) do poronnego leczenia wiewióra, do czego jednak należy dobierać przypadki według znanych reguł. W ostrym wiewiórze zaleca L. zaczynać od 0·2 prc. roztworu novarganu i dochodzić do 0·5 prc., trzymając się zresztą przepisów, zalecanych przy użyciu protargolu. Trzecia część przypadków nie nadaje się jednak do leczenia novarganem z powodu rychłych objawów podrażnienia. W czwartym tygodniu leczenia zaleca się pomiędzy wstrzykiwaniami novarganu stosować inne środki. Po 4—6 tygodniach znikają przy tem leczeniu dwoinki bezpowrotnie. Natomiast nie nadaje się novargan wcale do leczenia wiewióra przewlekłego. *H.*

Mesotan w cierpieniach gośćcowych stosował w licznych przypadkach Kieffer (*The therap. Gaz.* 1905, 3) i stwierdził, że lek ten doskonale uśmierza bóle zarówno w gośćcu stawowym ostrym, jak i w wiewiórowych, oraz kiłowych zapaleniach stawów. W gośćcu stawowym podostrym i przewlekłym trzeba było stosować mesotan kilka razy dziennie. Najlepsze wyniki były w gośćcu mięśniowym; natomiast nie było żadnego skutku w nerwobólach i rwie kulszowej, a tylko niepewny skutek w zapaleniu stawów zniekształtniającem. Autor ostrzega przed wcieraniem mesotanu, które łatwo wywołuje przykre zapalenie skóry; wystarczą pędzlowania mesotanem pół napół z oliwą. *B.*

Dalsze badania nad **isopralem** potwierdzają to, o czem pouczyły dotychczasowe doświadczenia z tym lekiem. Należą tu spostrzeżenia Piniego (*Gazz. degli osp.* 1905, 61) u obłąkanych, u których lek ten zawodził tylko w najcięższych postaciach podniecenia, u których zaś zresztą podawać trzeba większe dawki, do 2 gr. dziennie; skutek nasenny jest jednak pewny w bezsenności, zdarzającej się u obłąkanych z najrozmaitszych przyczyn. Na serce nie działa isopral nietylko szkodliwie, ale nawet zdaje się wpływać dodatnio. Podobnie dobre wyniki spostrzegał po isopralu Mangelsdorf (*Rozpr. dokt.* Lipsk, 1905) u głuptaków; zaleca on podawać isopral w perełkach gelatynowych lub w postaci kołaczyków dla zupełnego zakrycia smaku i zapachu leku. *B.*

VI. Projekt Wydziału lekarskiego we Lwowie za panowania Maryi Teresy.

Napisał

Władysław Szumowski.

(Na podstawie aktów cesarskiej kancelaryi nadwornej [1]).

Uniwersytet lwowski, założony w roku 1784 przez cesarza Józefa II, był przedmiotem obrad we Wiedniu jeszcze za panowania Maryi Teresy. Wolf, a z nim i Finkel [2]), który miał do rozporządzenia tylko akta gubernialne, podają, że w roku 1774 powzięła cesarzowa myśl ufundowania Uniwersytetu w Galicyi. Jednakże w aktach, znajdujących się we Wiedniu w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych i w Ministerstwie Oświaty, są liczne dowody, że już w roku rozbiorowym 1772 założenie w Galicyi Uniwersytetu było przez cesarzową rozpatrywane. Szczególną uwagę odrazu poświęciła inicyatorka epokowych reform lekarskich van Swietena opłakanemu pod względem zdrowotnym stanowi Galicyi, któremu towarzyszył brak lekarzy i położnych, a jednocześnie nieograniczona samowola w sprzedaży leków i w wykonywaniu praktyki. Temu w myśl życzeń cesarzowej miały zaradzić obok organizacyi służby sanitarnej wykładane w Galicyi nauki lekarskie. Dnia 22 grudnia 1772 roku pisano z Wiednia do gubernatora Pergena, iż w tym celu postanowiła cesarzowa, że dwaj „umiejący po polsku lekarze“, Krupiński i Spaventi, przybędą do Galicyi i wszystko, co należy do zakresu medycyny, według reform van Swietena zorganizują. „Gdy nadejdzie pora otworzenia tam Uniwersytetu, to ci dwaj lekarze, jako profesorowie mają wykładać“ [3]).

Wiemy [4]), że istotnie Jędrzej Krupiński i Jan Franciszek Spaventi zaraz na początku roku 1773 otrzymali nominacyę na lekarzy krajowych (*medici provinciales*), przybyli do Lwowa i rozciągnęli dozór nad nieumiejętną praktyką i niedozwoloną sprzedażą leków. Jednocześnie zaś myślano o nauczaniu. W archiwum Ministerstwa Oświaty znajduje się pierwszy projekt Wydziału lekarskiego we Lwowie, ułożony przez Jędrzeja Krupińskiego, Polaka, który na stanowisku lekarza krajowego, a później protomedyka, nigdy sprawozdań swoich inaczej nie pisał, jak po łacinie. Projekt ten znajduje się w sprawozdaniu, które Krupiński dnia 30 maja 1773 roku złożył Pergenowi.

W celu poprawy stosunków w Galicyi proponuje Krupiński między innemi następujące punkta, które podaję w przekładzie: I. „Trzeba o ile możności rozpocząć wykłady, żeby się tu mogły kształcić osoby, znające warunki klimatyczne kraju [5]) i język polski, który dla lekarzy jest koniecznie potrzebny. W tym celu należy przysłać z Wiednia dwóch dobrych profesorów, z których jeden wykładałby chemię i botanikę i z czasem pomyślałby też o założeniu ogrodu botanicznego, a drugi anatomię. Ja zaś i pan Spaventi weźmiemy na siebie cztery przedmioty, mianowicie patologię praktyczną i teoretyczną, materyę medyczną i fizyologię. Żeby to można było uczynić, potrzebne są jednak przedtem niektóre urządzenia: chemik potrzebuje pracowni chemicznej i przyrządów; anatom narzędzi do preparowania ciał, oraz odpowiedniego miejsca, gdzieby swoje demonstracye słuchaczom wyjaśniał; profesor patologii potrzebuje szpitala na pewną liczbę chorych, którzyby mu służyli do wykładów patologii praktycznej; fizyologia, materya medyczna i patologia teoretyczna mogą być wykładane w tych samych miejscach, co i wyżej wymienione przedmioty, byle tylko dobrze rozłożyć godziny w ciągu dnia.

[1]) Akta te znajdują się częścią w archiwum Minist. Spraw Wewn., częścią w archiwum Minist. Wyznań i Oświaty. Obu Wysokim Ministerstwom za pozwolenie korzystania z aktów składam podziękowanie.

[2]) Finkel: Historya Uniwersytetu lwowskiego, str. 43—44.

[3]) Z referatu z 5 marca 1776 roku radcy gubernialnego i zarazem sanitarnego referenta barona Raigersfelda, który przedstawiał dworowi, co dotychczas zrobiono w Galicyi pod względem lekarskim (Minist. Spraw Wewn. karton 939).

[4]) Finkel: Historya Uniwersytetu lwowskiego, str. 36.

[5]) ...constitutionem regionum...

II. „Żeby to wszystko jednak było w należytym porządku, trzeba ustanowić prawa, którymby członkowie Uniwersytetu podlegali, oraz przywileje, któreby im przysługiwały.

III. „Dlatego też jest pożądanem, żeby nam przysłano w skróceniu prawa i urządzenia Wydziału wiedeńskiego, by na jego wzór można było, zmieniwszy to, co będzie ze względu na miejsce i okoliczności koniecznem, wszystkie nauki tutaj ustanowić“.

Projekt ten cały uzyskał przychylną opinię Pergena, który listem z dnia 11 czerwca 1773 roku, pisanym do kanclerza, księcia Kaunitza, przesyła projekt Krupińskiego do Wiednia i prosi o nadesłanie ustawy Uniwersytetu wiedeńskiego, oraz o wybór dwóch lekarzy, umiejących po polsku, do wykładów chemii, botaniki i anatomii, „żeby zaraz potem można było założyć mały Wydział lekarski i zaprowadzić prawdziwy porządek“.

Ale Kaunitz nie pochwalił tego projektu w całości. Wprawdzie godził się na posłanie do Galicyi jeszcze dwóch lekarzy-profesorów, mimo że to kosztów przysporzy skarbowi, jednakże sądził, że zakładać we Lwowie formalny Wydział lekarski jest jeszcze za wcześnie i że z tem lepiej poczekać aż do chwili, kiedy się będzie fundowało cały Uniwersytet.

W myśl sprawozdania Kaunitza zapadło też 9 lipca postanowienie cesarzowej, nakazujące wyszukać dwóch lekarzy do wykładów chemii, botaniki i anatomii, lecz przeciwne na razie zakładaniu formalnego Wydziału lekarskiego we Lwowie. O pracowni chemicznej, prosektoryum i szpitalu, których pragnął Krupiński, nie było oczywiście wcale mowy; trzeba było bowiem pierwej Wydział, wymagający kosztów, postanowić w zasadzie.

Lecz i ci dwaj profesorowie, przyjęci przez cesarzową, nie mieli nigdy we Lwowie rozpocząć wykładów, o których mówi decyzya. Z protokółów[6]) (akta odnośne się nie zachowały), widać, że już sam wybór nastąpił nie odrazu, gdyż trudno było Störckowi, dyrektorowi wiedeńskiego Wydziału medycznego, w pierwszej chwili znaleźć między słuchaczami medycyny we Wiedniu odpowiednich kandydatów. Dopiero na powtórne żądanie cesarzowej wybrał Störck takich dwóch, którzy mieli jeszcze rok do ukończenia nauk, zaczem zawiadomiono Pergena w październiku 1773 r., że wykłady chemii, botaniki i anatomii mają być jeszcze na jeden rok odłożone, „aż dwaj wybrani polscy studenci otrzymają stopnie doktorskie“. Ale i po upływie roku tych wykładów nie rozpoczęto. Kto byli ci dwaj wybrani, protokóły w przytoczonych miejscach nie mówią; gdzieindziej jednak mamy dowody, że do anatomii był wybrany Jakób Kostrzewski, który, prosząc w roku 1776 o fizykat w Galicyi, mówi, iż miał obiecane wykłady anatomii i do niej się przez dwa lata szczególnie we Wiedniu przykładał[7]) i który później był profesorem fizyologii (nie anatomii) w Uniwersytecie lwowskim[8]); do chemii zaś i botaniki był wybrany Jan Jaśkiewicz, któremu 9 lipca 1776 roku odpowiada gubernium, że katedry chemii i botaniki nie dostanie, ale „na mocy najwyższej decyzyi tem niech się pocieszy, że jego będzie się miało na względzie, gdy zawakuje fizykat“ [9]). Jest to ten Jaśkiewicz, który został wkrótce profesorem chemii i historyi naturalnej w Krakowie[10]) i którego wykładów słuchał później Jędrzej Śniadecki[11]).

Ani Kostrzewski nigdy nie wykładał anatomii, ani Jaśkiewicz chemii i botaniki we Lwowie, mimo że to było w roku 1773 postanowione. Wykłady nauk lekarskich przed r. 1784 ograniczały się tylko do niższego nauczania cyrulików i położnych w *colegium medicum*. Nie pomogło nic, że Krupiński podaną w projekcie z r. 1773 liczbę czterech profesorów medycyny sprowadził w innym projekcie z roku 1775 do trzech, z których jeden wykładałby anatomię z fizyologią, drugi chemię, botanikę i materyę medyczną, trzeci zaś patologię teoretyczną i praktyczną[12]); teraz już i w gubernium projekt całkowitego Wydziału medycznego nie zyskał uznania. Referent sanitarny w gubernium Raigersfeld w sprawozdaniu z 5 marca 1776 roku[13]) pisze do dworu, że, jeśli się zważy, jak mało Polaków oddaje się medycynie i jak mało mają książek lekarskich, to trzeba wyznać, że naród ma bardzo mały pociąg do tej nauki; trudno tedy doradzać fundowanie zupełnego Wydziału lekarskiego we Lwowie. O rozbudzeniu zamiłowania do medycyny tak, jak to miał później pokazać Jędrzej Śniadecki w Wilnie, nie mogło tam być mowy.

[6]) Prot. kancel. nadwornej z roku 1773, Nr. 841 i 1090 (Min. Spraw Wewn.).
[7]) Min. Sp. Wew., karton 939, akta organ. sanit. z r. 1776, lit. O.
[8]) Finkel: *l. c.* str. 104.
[9]) Protokół gubernialny w Namiestnictwie 1776, Nr. 2851.
[10]) Gąsiorowski: T. III. str. 19, 40, 156.
[11]) Wrzosek: Zarys życia Śniadeckiego, str. 8.
[12]) Minist. Spraw Wewnętrznych, karton 939, akta organ. sanit. z r. 1776, lit M.
[13]) Tamże, karton 939, główny referat Raigersfelda.

VII. **Sprawozdanie z międzynarodowego Zjazdu chirurgów.**

(18—23 września 1905.)

(Ciąg dalszy.)

II.

Leczenie przerostu gruczołu krokowego.

L. Rydygier (Lwów) zaleca częściowe wycięcie gruczołu krokowego od strony międzykrocza, jak to podał na Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie w roku 1900. Po wprowadzeniu cewnika metalowego nacina międzykrocze w linii środkowej i wycina gruczoł krokowy bez otwarcia cewki moczowej, z wyjątkiem tych przypadków, gdzie się okaże potrzeba osączkowania (drenowania) pęcherza moczowego, albo wydobycia kamienia. Ten sposób postępowania powinien być operacyą wyboru. Nie pozostają bowiem po nim przetoki, leczenie następuje szybko i nie obniża zdolności płciowej. W przypadkach przerostu płata środkowego można go usunąć z boku, jeżeli szypułka jest krótka. Radioterapia nie daje pewnych wyników. Nowotwory złośliwe gruczołu krokowego wymagają całkowitego wyłuszczenia gruczołu cięciem wysokiem lub od międzykrocza.

M. Harrison (Londyn), nie wdając się w rozprawy teoretyczne, podaje swe zapatrywanie ze stanowiska klinicznego: 1) Cewnikowanie, dokonane przez chorego czy też przez lekarza z zachowaniem przepisów przeciwgnilnych, jest wystarczającem, gdzie się tylko da łatwo przeprowadzić. 2) Zabiegi chirurgiczne są wskazane, jeżeli cewnikowanie sprawia ból i występują ciężkie przypadłości ze strony pęcherza moczowego: parcie na mocz, krwawienie, brak snu, kamica pęcherza odnawiająca się, zatrucie moczowe. 3) Wycięcie gruczołu ze strony międzykrocza mało ma miru w Anglii. Sądzi, że po tej operacyi zawsze występuje utrata czynności płciowych i pewien stopień niedomogi pęcherza. 4) Postępowaniem wyboru w przeważnej liczbie przypadków jest operacya Freyera od strony pęcherza. Można ją wykonać w kilku minutach bez krwotoków i ma się dokładny przegląd tego, co się ma usunąć. Mimo badania i cystoskopii doznaje się niespodzianek po otwarciu pęcherza. 5) Wyleczenie jest gładkie, jeżeli się postara o dokładne osączkowanie nadłonowe. 6) Częściowe wycięcie gruczołu nie dało dobrych wyników i wymagało zazwyczaj powtórzenia operacyi. 7) Wyłuszczenie zapomocą palca według Gilla poprzedziło operacyę Freyera. 8) Śmiertelność po operacyi nadłonowej i ze strony międzykrocza jest równą i wynosi mniej więcej 10%. 9) Wytrzebienie i wycięcie naczyń nieraz zapobiegło wzrostowi gruczołu sterczowego, lecz jak się zdaje nie wpływa na przeobrażenie wsteczne przerosłego

gruczołu. Mimo to przyznać trzeba, że w ten sposób operowani jeszcze w 10 lat dobrze się mieli, operacyi tej zatem zarzucić nie można.

Rovsing (Kopenhaga). Leczenie przerostu gruczołu krokowego bywało w ostatnich latach rozmaite, ale często nieodpowiednie. Operacyi Biera i Bottiniego należy, jego zdaniem, zaniechać i nie uważa operacyi wycięcia gruczołu za wskazaną w każdym przypadku. Trzeba sobie zdać sprawę, że nie idzie o usunięcie przerostu, ale o jego następstwa. W rzeczywistości 80% osobników, dotkniętych przerostem gruczołu krokowego, nie doznaje z tego powodu żadnych dolegliwości. Trzeba przytem pamiętać, że nawet przerosły gruczoł krokowy odgrywa wielką rolę, a zatem dopiero z konieczności poświęcić go możemy. Systematyczne cewnikowanie powinno przeto poprzedzić wszelki zabieg. Jeżeli mięsień pęcherza niedomaga, ograniczyć się należy do starannego cewnikowania, bo wtedy niczego się spodziewać nie można po wycięciu gruczołu krokowego. Jeżeli jednak mięsień pęcherza należycie funkcyonuje, wtedy wskazanym jest zabieg chirurgiczny.

W dyskusyi, która nastąpiła podał Leguen (Paryż), że jedynie wskazanem jest wycięcie gruczołu krokowego zwłaszcza w przypadkach zupełnego zatrzymania moczu, gdzie daje wyniki zadziwiające.

Hartmann (Paryż) operował 58 razy na 658 chorych, którzy się do niego zgłosili. Przemawia za wyłuszczeniem całkowitem gruczołu z cięcia wysokiego. Śmiertelność wynosiła 9%.

Carlier (Lille) przemawia za operacyą od strony krocza tylko w przypadkach, gdzie cięcie brzuszne jest przeciwwskazanem.

Demosten (Bukareszt) opisuje przypadek, operowany z dobrym skutkiem według sposobu Ponceta (cięcie boczne).

Freudenberg (Berlin) przytacza swą statystykę 152 przypadków, operowanych sposobem Bottiniego.

Verhoogen (Bruksela) radzi na podstawie 45 operacyi cięcie wysokie, jeżeli się cystoskopem stwierdzi gruczoł wypuklający się do pęcherza; cięcie boczne zaś, jeżeli się obmacaniem wykaże wypuklenie ku kiszce stolcowej. Jest zwolennikiem jak najdoszczętniejszej operacyi.

Klapp (asystent Biera z Bonn) wyłuszcza zalety znieczulenia lędźwiowego.

Kümmel (Hamburg) uważa za operacyę wyboru cięcie wysokie z następowem zaszyciem pęcherza. Stwierdza jednak, że miał przypadki wyleczenia po trzebieniu.

Albarran (Paryż) oświadcza się jako zwolennik całkowitego wyłuszczenia gruczołu krokowego. Częściowe wyłuszczenie daje wyniki niepewne. Cięciu bocznemu oddaje pierwszeństwo z wyjątkiem przypadków, gdzie się gruczoł wypukla do pęcherza i u ludzi otyłych.

Jaffe (Poznań) przemawia za operacyą Bottiniego w przypadkach bolesnych, połączonych z kurczem zwieracza.

Giordano (Wenecya) podnosi dobre wyniki, jakie się osiąga metodami staremi i dlatego zaleca operacyę Bottiniego. Cięcie boczne zabezpiecza dokładne osączkowanie i jest drogą krótszą, zatem lepsze.

Delagenière (Le Mans) zaleca cięcie wysokie, przytem sączkuje od krocza, zostawiając cewnik komornem.

Frank (Berlin) uważa wycięcie gruczołu krokowego z cięcia wysokiego za metodę przyszłości i zgadza się w zupełności z wywodami Kümmela. (C. d. n) *Dr. Bogdanik.*

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

W sprawie udziału lekarzy w komisyach podatkowych wniosła Izba lekarska wiedeńska na wniosek dr. Grüna podanie do ministerstwa skarbu. Podanie to brzmi jak następuje: Wiedeńska Izba lekarska, powołana ustawą z dnia 22 grudnia 1891 Dz. u. p. p. 6/1892 do zastępstwa i obrony interesów zawodu lekarskiego, ma zaszczyt przedłożyć wysokiemu c. k. ministerstwu skarbu następującą prośbę: W ostatnim czasie wpływają do wiedeńskiej Izby lekarskiej często skargi lekarzy na rzekomo niesprawiedliwe opodatkowanie. Z wszystkich tych skarg wynika, że poglądy komisyi, wymierzających podatki, o dochodach lekarzy i stosunkach poszczególnych lekarzy są po części niedokładne, a po części oparte na fałszywych i błędnych informacyach. Z obu przyczyn wynikałoby, że zarówno dla uzyskania dokładnych informacyj, jakoteż dla uchylenia błędów u miarodajnych czynników potrzebni są lekarze, którzyby mogli o stosunkach lekarzy udzielać dokładnych i prawdziwych wiadomości. Izba lekarska podnosi z naciskiem, że zewnętrzne pozory, sposób mieszkania, własne, nieraz przesadzone zeznania lekarzy o ich praktyce często nie mogą być żadną miarą, a przeciwnie wieść mogą z łatwością do błędnych wniosków. Lekarz musi unikać w swym pozadomowym trybie życia wszelkich pozorów ubóstwa, mieszkanie swe musi też urządzić raczej wedle wymagania swoich pacyentów, niż wedle własnej potrzeby. Izba lekarska daleka jest od tego, by zwalczać opodatkowanie lekarzy wedle ich istotnych dochodów, wierzy jednak, że i wysokiemu c. k. Ministerstwu skarbu niemiłem jest niesłuszne opodatkowanie lekarzy. Aby więc wyjaśnić stosunki zarobkowe lekarzy, konieczną jest rzeczą powołać do komisyi, wymierzających podatek zarobkowy i osobisto-dochodowy, dobrze poinformowanych lekarzy. Dotychczasowe doświadczenie uczy, że na mężów zaufania powołani bywają zwykle lekarze, którzy przypadkowo cieszą się znajomością wyższych urzędników podatkowych w powiecie. Koledzy ci, — pewno nie wszyscy, ale bardzo wielu, — nie są znani przeważnej ilości lekarzy w powiecie, albo też na odwrót nie znają bardzo wielu lekarzy swego powiatu. I dlatego jest rzeczą niemożebną, aby ci lekarze mogli słusznie wyrokować o stosunkach osobistych albo zarobkowych poszczególnych lekarzy. Stan taki jest więc niewłaściwy i wiedzie do tego, że wymiary podatkowe wypadają raz na korzyść, innym razem na niekorzyść wielu lekarzy, a z pewnością nie wedle zasady sprawiedliwości. Ta okoliczność, która nie może być obojętną także poczuciu sprawiedliwości wysokiego c. k. Ministeryum skarbu, skłania wiedeńską Izbę lekarską do następującej prośby: Wysokie c. k. Ministeryum skarbu raczy z przysługującej mu mocy na podstawie ustawy z d. 25 października 1896 Dz. u. p. p. Nr. 220, § 6, al. 4 i § 179, alinea 3 przy układaniu listy członków komisyi podatkowych mianować dla poszczególnych powiatów lekarzy, których Izba lekarska wskaże. Albowiem Izba lekarska jest w tem położeniu, że może wskazać w każdym powiecie tych godnych zaufania i bezstronnych lekarzy, którzy mając dokładne wiadomości o większości kolegów, pomogą sprawiedliwości w każdym względzie zwyciężyć. Izba, zanosząc tę prośbę, nie dąży wcale do zamianowania członkami komisyi podatkowych obrońców interesów zawodowych lekarskich, ale odpowiednich informatorów. W niektórych powiatach uwzględnili już nadradcy skarbowi prośbę lekarzy i przedstawili wysokiemu c. k. Ministerstwu skarbu do zamianowania lekarzy, wskazanych przez towarzystwa powiatowe, w innych zaś powiatach odrzucono prośbę lek. stowarzyszeń powiatowych. Izba lekarska jest przekonaną, że wysokie c. k. Ministerstwo skarbu uwzględni słuszną prośbę Izby tem bardziej, że dąży ona do urzeczywistnienia zasady równomierności i sprawiedliwości w opodatkowaniu lekarzy. *Stahr.*

O stosunku między lekarzami kąpielowymi, a ich kolegami praktykami podał A. Mouillot, lekarz praktykujący w znanej angielskiej miejscowości kąpielowej Harrogate, ciekawe uwagi w „Brit. med. Journal" z 5 sierpnia b. r. Uwagi te są zajmujące i dla nas. Autor poucza w nich, jak się ma zachować lekarz-praktyk wobec pacyenta, udającego się do kąpiel. Otóż lekarz-praktyk powinien takiemu pacyentowi podać dokładnie imię i nazwisko, oraz mieszkanie lekarza kąpielowego. Równocześnie należy powiedzieć choremu, że najbliższą pocztą odejdzie list do tego samego lekarza kąpielowego, który będzie zawierał najdokładniejszy opis choroby. Bliższych szczegółów, tyczących się leczenia kąpielowego można choremu udzielić tylko o tyle, o ile są zgodne w zupełności z uwagami, pomieszczonemi w liście do lekarza kąpielowego. Pacyent powinien się zgłosić u lekarza kąpielowego na kilka dni przed swem przybyciem. Lekarz-praktyk zaś powinien napisać list jak najprędzej, by nie zapomniał z biegiem czasu jakiego szczegółu, tyczącego się chorego, a pozatem powinien według możności pozostawić koledze kąpielowemu swobodę działania. Zaniedbanie tych wskazówek spowodować może niemało nieporozumienia. Pacyent, posłany do kąpiel bez adresu i polecenia do lekarza kąpielowego, zdany na łaskę przypadku, udaje się często tam, gdzie mu doradzają osoby nie wtajemniczone, ani znające się na chorobach, ani lekarzach. List, oddany pacyentowi do ręki, dostaje się czasem nie do adresata, bo chory tymczasem postanowił udać się do innego lekarza, który często, nie wiedząc, że chory był do kogo innego adresowany, przyjmuje pacyentów i naraża się u kolegów prakty-

ków na przykre podejrzenia. Otóż dlatego powinien lekarz kąpielowy potwierdzić koledze doń piszącemu w krótkich słowach, że odebrał list i że pacyent do niego się zgłosił. Lekarz kąpielowy nie powinien się sprzeciwiać rozpoznaniu lekarza ordynującego i wystrzegać się określania choroby inną nazwą, chociażby ta inna nazwa właściwie była tylko synonimem rozpoznania, postawionego przez lekarza ordynującego. Jeśliby lekarz kąpielowy stwierdził złośliwe cierpienie, powinien natychmiast donieść o tem lekarzowi ordynującemu. Lekarz kąpielowy winien się uważać za zastępcę kolegi-ordynaryusza na oznaczony czas i naogół powinno leczenie jego i ordynacya kończyć się z ostatnią wizytą w miejscu kąpielowem przy równoczesnem wysłaniu do kolegi-ordynaryusza dokładnej historyi choroby z czasu pobytu chorego w miejscu kąpielowem. Nie powinno się nigdy pacyentowi, który po powrocie do domu zwraca się pisemnie do lekarza kąpielowego o dalsze wskazówki, udzielać jakichkolwiek rad listownie, bo zwykle wynikają stąd wielkie nieprzyjemności. *Stahr.*

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, 19 października.

* Ostatnia wojna przekonała, że Rosya ma za mało lekarzy, że zawcześnie wołano w czasopismach, „dość mamy sił własnych, ażebyśmy potrzebowali przybyszów zagranicznych“ i zawcześnie też położono za warunek cudzoziemskim lekarzom zdawanie egzaminu w języku rosyjskim, co ostatecznie przecięło im drogę do osiedlenia się w Rosyi; na plac boju powołano lekarzy ze stanowisk szpitalnych i innych stałych, często nie liczono się, że przekroczyli 50 ty rok życia, słowem ogołocono kraj z pomocy lekarskiej, a pomimo tego nie uczyniono zadość wymaganiom i potrzebom polowych ambulansów. Społeczeństwo jednak nie uległo nawoływaniom szowinistycznej prasy i musiało odczuwać brak lekarzy, skoro dało i daje tyle moralnego i materyalnego poparcia kobietom, poświęcającym się studyom lekarskim, których liczba zdumiewająco jest wielka w porównaniu z liczbą adeptek medycyny u innych narodów. Uniwersytety szwajcarskie, niemieckie, a po części i francuskie są przepełnione rosyankami tak, że wylania się tam zamiar pewnego ograniczenia tego napływu, głównie ze względu na szkodę, jaką ponosi w kształceniu się młodzież miejscowa. W liczbie obywatelek rosyjskich, udających się dla studyów medycyny za granicę, polki stanowią poważny odsetek: wszystkie one, zanim udadzą się na Zachód, zgłaszają się na Wydział lekarski Uniw. Jag. i z największą goryczą opuszczają Kraków, wynosząc niczem oczywiście nieuzasadniony żal do Uniwersytetu krakowskiego, bo przecież nie on jest twórcą tej ustawy, która przyznaje prawa zwyczajnych słuchaczek wydziału lekarskiego tylko obywatelkom austryackim, posiadającym austryackie świadectwo dojrzałości; przeciwnie, Uniwersytet Jagiell. przedstawił ministerstwu oświaty swoje pod tym względem zapatrywanie wręcz przeciwne duchowi wzmiankowanej ustawy. Boć trudno naprawdę w tej ustawie domyśleć się celu państwowo-politycznego lub naukowo-pedagogicznego: rząd miał jedną wytkniętą drogę, albo szczelnie zamknąć przed kobietami drzwi uniwersytetów, albo je otworzyć na oścież; ale pozostawienie wązkiej szczeliny, przez którą jedne się przepuszcza, a przed drugiemi drzwi zatrzaskuje, to budzi uczucie doznanej niesprawiedliwości i wywołuje wrażenie, że się ulega nie ustawie, lecz jakiemuś zarządzeniu wyjątkowemu, prohibicyjnemu, zwłaszcza, że ustawa nie obejmuje innych wydziałów, a w całej Europie sprawa wykształcenia uniwersyteckiego kobiet jest już ostatecznie zasadniczo i praktycznie rozstrzygnięta. Albo lekarze kobiety są dla społeczeństwa niepotrzebne i szkodliwe, to pocóż je zaprowadzać u siebie, albo są pożyteczne i pożądane, to dla czegoż odmawiać tej korzyści obcym, zwłaszcza, gdy ma się z tego pewny pożytek, a nigdy żadnej szkody: wszak dumnym powinien czuć się każdy naród, który zapomocą swych instytucyi naukowych zaszczepia u obcych swoje myśli, szerzy znajomość swego języka, pozyskuje na obczyznie życzliwych i wdzięcznych; wszak szczęśliwym jest kraj, który, ściągając do swych granic cudzoziemców, podnosi się ekonomicznie i rozszerza pole swej wytwórczości.

Największą atoli szkodę z tej ustawy ponosimy my — polacy, w szczególności kobiety nasze, odgrywające w społeczno-politycznem bycie narodu tak wybitną rolę. Usuwając się na lat kilka z pod zbawiennego wpływu środowiska rodzinnego i narodowego, przebywając w wirze potężnych a obcych jej prądów intelektualnych, studyując w obcym języku, czy młoda dziewczyna, nie zawsze umysłowo odporna — bo młoda, nie ulegnie przeobrażeniom duchowym, czy nie skazi czystości polskiej myśli, polskiej duszy? Patrzymy obojętnem okiem na wywożony dobytek z ubogiego kraju, na kosmopolityzowanie się kobiety polskiej, a jednak tę bierność wobec istnienia dwóch polskich wszechnic odczujemy i wypomną nam ją kiedyś dzieje oświaty w Polsce. Zasłaniamy się ustawą: wszak wszyscy szanujemy ustawy i nikt nie nawołuje do ich łamania; ale czyśmy wyzyskali drogi prawne i dozwolone do złagodzenia tej ustawy? wszakże rząd austryacki składa dowody, że potrafi uwzględnić niektóre osobliwości pojedynczych krajów w zakresie oświaty, a wystarczy tu powołać się na organizacyę galicyjskiej Rady szkolnej i szkolnictwa galicyjskiego. Przekonani jesteśmy, że inicyatywa w tym kierunku obu naszych uniwersytetów, poparta wpływami władzy autonomicznej, a zwłaszcza „Koła Polskiego“, nie pozostałaby bez wpływu dodatniego na zmianę tego zarządzenia, tyle szkodliwego nie tylko dla interesów narodowych, lecz i dla samych wszechnic galicyjskich, którym uniemożebnia spełnienie jednego z wyższych zadań narodowej oświaty.

* Kol. doc. Droba zawiadamia, że „na życzenie kilku kolegów rozpoczyna wykłady w bieżącym półroczu szeregiem odczytów, połączonych z ćwiczeniami praktycznemi „O bakteryologii i epidemiologii cholery azyatyckiej“. Ta grupa wykładów będzie publiczną. Koledzy, życzący wziąć udział w tej pierwszej grupie wykładów, zechcą się porozumieć z dr. Drobą listownie lub w zakładzie prof. Nowaka (ul. św. Jana, 20, I p.) codziennie, między godz. 11 a 12 w południe.

* Towarzystwo balneologiczne polskie postanowiło na posiedzeniu w dniu 15 b. m. odnieść się do Wydziału krajowego z przedstawieniem, ażeby zamierzona nowela do ustawy zdrojowiskowej nie została przedłożona W. Sejmowi do uchwalenia bez uprzedniego wysłuchania głosów interesowanych, zwołanych na umyślną w tym celu ankietę.

* Wydział lekarski Uniw. Jag. powierzył zastępcze prowadzenie kliniki lekarskiej krakowskiej prof. Waleremu Jaworskiemu.

* Na dzień 13—X, t. j. w rocznicę śmierci Marcelego Nenckiego, zapowiedziano odsłonięcie bronzowego popiersia wielkiego uczonego w hali wchodowej oddziału chemicznego Instytutu medycyny doświadczalnej w Petersburgu.

* Warszawski miesięcznik „Zdrowie“ obchodzi 20 ty rok swego istnienia. Pierwszy Nr. wyszedł 1 października 1885 pod redakcyą dr. Józefa Polaka, który do dnia dzisiejszego pełni zbawienną działalność na polu higieny Królestwa Polskiego. „Zdrowie“ poszczycić się może, że dzięki przekonywającej propagandzie przez redakcyę tego miesięcznika doszły do skutku w Warszawie Wystawy higieniczne, a rozbudzony ruch naukowy i społeczny doprowadził do zorganizowania w r. 1898 tyle dziś zasłużonego Towarzystwa higienicznego, które w r. 1900 objęło „Zdrowie“ na własność, a redakcya przeszła w ręce dr. Wład. Janowskiego. Obecnym redaktorem „Zdrowia“ jest dr Leon Wernic.

* Zakład dermatologiczny dr. Kozerskiego w Warszawie wzbogacił się w bardzo ważne przyrządy i posiada gabinet do leczenia promieniami Roentgena, promieniami niebieskiego światła lampy „Dermo“, promieniami radu, lampą Finsena i t. d.

* Kalendarz lekarski krakowski wyjdzie w m. grudniu pod kierunkiem dr. Teodora Cybulskiego.

* Wyszedł III tom dzieła dr. Alfreda Sokołowskiego p. t. „Wykłady kliniczne chorób oddechowych“. Część I: Choroby opłucnej i śródpiersia. Część II: Suchoty płucne. (Warszawa, 1906. Cena rb. 5, w oprawie 5·50).

* W ostatnim Nr. „Nowin lekarskich“ znajdujemy bardzo zajmującą i pouczającą rozprawę prof. dr. Macieja Jakubowskiego p. t. „Zarys postępu pedyatryi i rozwoju Szpitali dziecięcych w Polsce w XIX stuleciu“.

* W Paryżu między 30/IV a 3/V 1906 odbędzie się Zjazd dla powściągnięcia bezprawnego wykonywania zawodu lekarskiego.

* Czwarty międzynarodowy Kongres dla medycyny ubezpieczeniowej odbędzie się od 11 do 15 wrześnie 1906 r. — w Berlinie.

* Międzynarodowy Kongres chorób zawodowych odbędzie się w czerwcu 1906 r. w Medyolanie. Prace oryginalne przyjmuje Komitet do 31/XII 1905 (Milano via Montforte. Prof Luigi Devoto).

* Między 24 a 30 września stwierdzono urzędownie dur osutkowy w następujących powiatach Galicyi: brzeżańskim, czortkowskim, drohobyckim, borodeńskim, kołomyjskim, kamioneckim, stanisławowskim i stryjskim — po jednej gminie w każdym powiecie.

Mianowania i odznaczenia. Ordynator szpitala św. Jana Bożego dr. Rosental mianowany został starszym ordynatorem tegoż szpitala. W Baltimore mianowani zostali profesorami medycyny: dr Craighill, dr. Gichner, Atkinson. Profesorem urologii w Marylandzie mian. dr. Bond. W Glasgowie prof. medycyny mian. został dr. Barclay Ness. Prof. fizyologii w Modenie mian. został dr. Patrizzi. W Rzymie prof. patologii ogólnej mian. został Bignami. Dr. Izydor Leiblinger z Tarnopola otrzymał tytuł Radcy cesarskiego.

Nekrologia. Zmarli: Prof. ginekologii Munster w Królewcu.

Bibliografia:

— *Postęp okulistyczny* (wrzesień). Noiszewski: Przyczynek do patologii jaglicy.

— *Nowiny lekarskie* Z. 10. Nowicki: Przyczynek do utkania t. zw. raków mięsakowatych *(sarcocarcinoma)*. Mięsowicz: Przyczynki do nauki o sprawach septycznych (c. d.).

— *Medycyna* Nr. 40. Karwacki: Przyczynek do nauki badań cytologicznych nad wypociną stawową w sprawach gośćcowych i rzeżączkowych. Rzętkowski: O wpływie spożywanego mięsa na wydzielanie z moczem ciał alloksurowych (c. d.).

— *Gazeta lekarska* Nr. 39. Jaworski: O wynicowaniu i wypadnięciu cewki moczowej u kobiet Latkowski: O nowszych sposobach badania chorób nerkowych i sprawności wydzielniczej nerek (dok.). Ziembicki: O węgorku jelitowym (c. d.). Czarnik: Intubacya i tracheotomia na podstawie spostrzeżeń, zebranych w szpitalu dla dzieci pod nazwą św. Zofii we Lwowie w latach 1894—1903 (c. d.).

— *Kronika lekarska* Nr. 19. Brunner: O stosunku toksyny do antysoksyny (c. d.). Sędziak: Etyologia i leczenie grzybicy *(mycosis)* górnego odcinka dróg oddechowych (c. d.).

— *Zdrowie* Z. 10. Wernic: Dwudziestolecie zdrowia. Maybaum: Zdrowy człowiek jako źródło zarazy. Popławski: Chleb. Dominikiewicz: O badaniu mleka na zafałszowanie wodą. Schmidt: Ocet, wartość jego higieniczna i sposoby odróżniania octu spirytusowego od roztworu esencyi octowej. Klocman: Asanizacya sposobem Schwedera kilku domów łódzkich.

— *Głos lekarzy* Nr. 20 zawiera: W sprawie emerytury lekarzy okręgowych. — Dziesięciolecie Izb lekarskich (c. d.). — Stan szpitali powszechnych w Galicyi w r. 1905. — Uwagi nad reformą opieki nad obłąkanymi, zapoczętą przez c. k. rząd (c. d.). — Sprawozdanie z Izb i Towarzystw lekarskich.

— *Časopis lekařů českých* Nr. 41. Haškovec: Neuropathologické příspěvky. Šamberger: Ku pathologii hyperkeratos. Zahradnický: Zpráva o chirurgické činnosti všeobecné okresni nemocnice v Něm. Brodě za r. 1904.

— *Lékařské rozhledy* Nr. 9. Bakeš. Therapie cholelithiasy.

— *La Presse médicale* Nr. 79. Cały Nr. poświęcony sprawozdaniu z międzynarodowego Zjazdu przeciwgruźliczego. — Nr. 80. Landouzy: Gruźlica osób trudniących się praniem i prasowaniem. Letulle: Zmiany gruźlicze w płucu ludzkiem. Albarran: Gruźlica nerek. Bonnaire: Wpływ połogu na gruźlicę.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 41. Noorden i Schliep: Indywidualizowane dyatetyczne leczenie dny. Hampeln: Rwa kostna w zakresie klatki piersiowej. Mendel: Dwie pary sióstr, cierpiących na chorobę Friedreicha. Hirschberg: Leczenie nabłoniaka skóry bezpośredniem działaniem promieni słonecznych.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 41. Bartel: Znaczenie gruczołów chłonnych, jako narządów ochronnych przeciw gruźlicy. Kraus: Przyczynek do etyologii, patologii i doświadczalnej terapii kiły. Waelsch: Uwagi nad przyczynkami dr. Mercka p. t.: O „cytoryktes kiły. Klein: Swoistość erytroprecypityny. Hockauf: Mniemane zatrucie piestrznicą jadalną *(Lorchel, helvella esculenta)*.

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 41. Treupel: Uwagi nad rozpoznaniem, rokowaniem i leczeniem chorób serca. Edlefsen: Dalsze badania nad wpływem światła słonecznego na substancye fluoryzujące. Schmidt: Nowe spostrzeżenia w celu wyjaśnienia i racyonalnego leczenia przewlekłego nawykowego zaparcia stolca. Eckert: O styrakolu w leczeniu gruźlicy płuc. Freund: O digalenie. Klemm: O powstawaniu torbieli z resztek wyrostka robaczkowego. Simon: Śródbrzuszne skręcenie sieci. Rothfuchs: Przypadek urazowego pęknięcia dróg żółciowych. Bassewitz: Czy świerzbowiec ludzki odgrywa jaką rolę w szerzeniu się trądu? Frey: Przypadek wielkiego zwolnienia tętna. Elschnig: O schorzeniach oczów wskutek samozakażenia.

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 41. Rosenheim: Leczenie kamicy żółciowej. Minkowski: Odosobnione porażenia mięśnia brzusznego na tle zapalenia nerwu. Grossmann: Wypadek a stwardnienie rozsiane. Haeckel: Podwiązanie żyły nasiennej i podbrzusznej w ropnicy połogowej. Schlesinger: O prostatektomii. Försterling: Odosobnione podskórne pęknięcia długich kości rurkowatych. Siebert: O krętku bladym.

Redakcya otrzymała: Popławski: Metale szkodliwe w wodzie sodowej. Dominikiewicz: 1) O sokach i syropach owocowych. 2) O badaniu mleka na zafałszowanie wodą. Klocman: Asanizacya sposobem Schwedera kilku domów łódzkich. Schmidt: Ocet, wartość jego higieniczna i sposoby odróżniania octu spirytusowego od roztworu esencyi octowej. Maybaum: Zdrowy człowiek jako źródło zarazy. Popławski: Chleb. Kohn: Mocz jako źródło zarazy.

Wszystkie te wyżej przytoczone prace zostały wykonane w chemiczno-bakteryologicznej pracowni dr. Serkowskiego w Łodzi.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa“.

W tygodniu 41 (od dnia 8/X do 14/X) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 20, dziew. 28; nieżywo: chł. 1, dz. 1. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 16, kob. 13; zamiejscowych: męż. 12, kob. 6.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych —, obcych —. 2) gruźlica: miej. 8, ob. 1. 3) zapalenie płuc: miej. 4, ob. —. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. 2. 5) krztusiec: miej. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica miej. —, ob. 1. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. 1, ob. 1. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 1, ob. —. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. 1. 16) zakażenie przyranne: miej. 1, ob. 1. 17) inne choroby zakaźne: miej. 1, ob. —. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 1, ob. 1. 20) choroby narządu krążenia: miej. 2, ob. 2. 21) nowotwory: miej. 3, ob. 1. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 6, ob. 6. 23) śmierć przypadkowa: miej. 1, ob. —. 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob. 1. **Razem:** miejscowych 29, obcych 18.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

podaje do wiadomości, że nagroda pieniężna z legatu ś. p. ROMUALDA PLĄSKOWSKIEGO, przyznaną zostanie przez Towarzystwo w roku 1906 za pracę z dziedziny psychiatryi, bądź ogłoszoną drukiem w języku polskim w terminie od dnia 1. Kwietnia 1904 do dnia 31 marca 1906 roku, bądź też w rękopisie Towarzystwu Lekarskiemu przedstawioną. W braku prac odznaczających się w specyalnej treści psychiatrycznej, mogą być nagrodzone ważniejsze prace z dziedziny anatomii patologicznej, skoro te przyczyniać się będą do rozjaśnienia rozwoju powstawania chorób umysłowych. Termin ostateczny do złożenia rozpraw oznacza się na dzień 31 marca 1906 roku. Za najlepszą pracę wyznacza się nagroda około rub. 500. Nagroda ta ewentualnie może być rozdzieloną, stosownie do uznania Komitetu konkursowego. Wszystkie prace nadsyłane być mają pod adresem „Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie" (ulica Niecała Nr. 7), z zachowaniem co do prac w rękopisach, zwykłych form konkursowych, t. j. nazwiska autorów i miejsce zamieszkania mają być podane w oddzielnych kopertach zapieczętowanych i opatrzonych stosownemi dowizami. Rozprawa uwieńczona z pomiędzy prac w rękopisach przedstawionych, należy do Towarzystwa Lekarskiego i dopiero po wydrukowaniu jej w Pamiętniku Towarzystwa zwraca się na własność autora. 104

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz stały *Dr. Hoyer.*